

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神戸町男性不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療に至る過程の一環として精巣又は精巣上体内から精子採取術（以下「男性不妊治療」）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日（ 歳）	昭和 平成	年 月 日（ 歳）
実施医療機関の 名称及び所在地 （※1）				
今回の治療方法	TESE ・ MESA ・ その他（ ） ※精巣又は精巣上体内から精子を採取する方法に限る			
今回の治療期間 （※2）	年 月 日 ～ 年 月 日			
領 収 金 額	〔今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る〕 領収金額 _____ 円			

- ※1） 受診証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。
- ※2） 治療期間については、男性不妊治療を行うための事前検査等を行った日から治療終了日までを記載してください。

（注） 指定医療機関Aの医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、Aの医師の指導に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合も含む）において男性不妊治療を行った場合、受診証明書はAの医療機関の主治医が作成してください。