

第2号様式（第6条関係）

男性不妊治療費補助事業受診等証明書

次の者について、次のとおり特定不妊治療に至る過程の一環として男性不妊治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）が次のとおり徴収されていることを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

(ふりがな)	()	()
受診者氏名	夫	妻
受診者 生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
今回の治療にかかった合計額	円	
特定不妊治療を 実施する医療機関		

注

- 1 当該患者に関して行った男性不妊治療に係るもののみ御記入ください。
- 2 対象となる治療は、次のとおりです。
特定不妊治療に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）
又は精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、その他精子を精巣又は精巣上体から採取
するための手術であり、保険外診療のもの
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。