

付 表

申請者番号	No.
-------	-----

(※記入不要)

つくばみらい市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、これに係る治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医名

記

受診者名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
今回の手術日	年 月 日 (精子を精巣から採取するための手術を実施した日)			
今回の治療方法及び内容(該当するものに○を付けてください。)その他特記事項	(1) () 精巣内精子生検採取法 (T E S E) (2) () 精巣上体内精子吸引採取法 (M E S A) (3) () その他 () ()			
領収年月日 領収金額	〔保険外診療分(手術費用・凍結費用)のみ抜粋し、以下に記入〕 年 月 日 領収金額 金 _____ 円(税込)			
妻が受診する 指定医療機関名				

(注) 男性の不妊治療に係る受診証明書等について、妻が受診する指定医療機関の医師(以下「指定医師」という。)が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、指定医師の指導に基づき、他の医療機関(指定を受けていないである場合も含む。)において、精巣内精子採取術(T E S E、M E S A)等を行った場合の受診等証明書等は、夫の受診医療機関で作成する。

医療機関の方へ

この証明書の記入に当たっては、下記の点にご注意ください。

- 助成対象となる手術は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）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）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）又はその他、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、医療保険が適用されないものに限ります。
- 助成対象となる手術は、平成28年4月1日以降に手術を実施したものに限ります。
- 助成対象となる費用は、医療保険が適用されない手術代及び精子凍結料（精子保存料・管理料は対象外）です。
- 助成対象となる医療機関は、特定不妊治療費助成事業の指定医療機関又は指定医療機関から紹介等をされた医療機関です。
例1）指定医療機関 A で採卵、精子を精巣等から採取するための手術、胚移植を行ったケース
例2）指定医療機関 A で採卵、指定医療機関 A から紹介された指定外医療機関 B で精子を精巣等から採取するための手術をし、指定医療機関 A で胚移植を行ったケース
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、特定不妊治療費助成の申請と同時に申請する必要があります。
- 特定不妊治療費が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

患者様へ

この証明書の取り扱いについては、下記の点にご注意ください。

- この証明書は、特定不妊治療を受ける指定医療機関で「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」を発行していただく際に提示してください。
- 助成対象となる手術は、平成28年4月1日以降に手術を実施したものに限ります。
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、特定不妊治療費助成の申請と同時に申請する必要があります。
- 特定不妊治療費が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。