

付表 2

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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊟

記

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日まで 年 月 日まで
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 (TESE) (2) () 精巣上体内精子吸引採取法 (MESA) (3) () その他 () ()		
領収年月日 領収金額		年 月 日 [今回の治療にかかった金額合計*保険適用外診療に限る] 領収金額 金 _____ 円(税込)		
妻が受診する 指定医療機関名				

(注) 男性不妊治療に係る受診証明書について、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(TESE、MESA)等を行った場合は、夫の受診医療機関で作成する。