

受給者番号

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

## 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書(男性不妊治療用)

下記の方については、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。

令和 年 月 日

指定医療機関  
の名称及び所在地

## 指定医療機関記入欄

(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)
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額 _____ 円				
(以下は、主治医が記入してください)				
主治医氏名 _____ 印 (署名または記名押印)				
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください [ _____ ]			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間※	年 月 日 ~		年 月 日	

※ 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

## 《注》

特定不妊治療費助成(体外受精、顕微授精)と同時の申請が原則です。

ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は、男性不妊治療のみで申請できます。なお、この場合も助成回数は1回と数えます。