

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

宇治田原町長 様

医療機関等
所在地
名称
代表者
電話番号

印

下記のとおり特定不妊治療（男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名		生年月日	年 月 日	
配 偶 者 氏 名		生年月日	年 月 日	
病 名				
手術日・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
本人負担等の内訳	保険診療分（受療者分のみ記載）			備考
	区分	診療点数	負担金額	
		点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE) 又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法 (MESA) 又は精子を精巣上体から採取するための手術			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特 記 事 項				

※男性不妊治療を、体外受精又は顕微授精を行った医療機関とは別の医療機関で行った場合のみ提出してください。

※院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。