

第 2 号の 2 の 2(第 4 条関係)

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

八 幡 市 長 様

医療機関

所 在 地.....

名 称.....

代 表 者.....

電話番号.....

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

治療を受けた人 (夫)の氏名		生年月日	年 月 日	
パートナー(妻)の 氏名		生年月日	年 月 日	
病名				
手術日・治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	月日	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
内容	☐ 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子は精巣から採取するための手術 ☐ 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				

◆男性不妊治療を他の医療機関で実施された場合は、この様式をご利用ください。
体外受精等とこれに伴う男性不妊治療を同一の医療機関で実施された場合は、「第 2 号様式の 2(第 4 条関係)特定不妊治療医療機関証明書(体外受精・顕微授精等)」をご利用ください。
※本人負担等の内訳欄は、月毎にまとめてご記入ください。