

## 高岡市男性不妊治療費助成事業受診証明書

高岡市長 あて

下記の方について、特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療の一環として精子回収術を実施し、これにかかる費用を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等 住所

名称

医師名

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		S・H 年 月 日 ( 歳)		S・H 年 月 日 ( 歳)
①今回の治療方法について（該当する記号に○をつけて下さい）				
A 精巣内精子生検採取法（TESE）				
B その他の精巣上体内精子吸引法（MESA） 等				
②体外受精・顕微授精実施医療機関と治療状況				
*男性不妊治療と特定不妊治療を別の医療機関で実施する場合は(1)~(3)を記入				
*男性不妊治療と特定不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は(3)を記入				
(1) 所在地 _____				
(2) 医療機関名称 _____				
(3) 特定不妊治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
※採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了した場合は空欄				
③精子回収の有無（有・無）				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	※治療開始日は、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。			
領収金額	円			
院外処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

受診日	保険診療分		受診日	保険診療分	
	診療点数	本人負担金額		診療点数	本人負担金額
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
年 月 日	点	円	年 月 日	点	円
計		円			

※ 特定不妊治療に要した費用のみ記入ください。

※ 入院時の差額ベッド代、食事療養費及び文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。

※ 年齢や回数の制限により保険診療とならない場合、「診療点数」は空欄としてください。