

砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書
（男性不妊治療用）

次の者については、特定不妊治療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、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

砥部町長 様

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）
受診者の生年月日	年 月 日
今回の治療方法	行った手術療法（ ） ※精巣又は精巣上体内から精子を採取する方法に限る。
今回の申請に係る治療期間	年 月 日～ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢（ ）歳
限度額適用認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 ）
今回の治療にかかった 患者負担額の合計	領収金額 _____ 円 ※保険適用分に限る注）4

【注意事項】

- 1 当該患者に対して行った男性不妊治療に係るもののみ記入してください。
- 2 原則として、治療期間は1回の不妊治療ごとに記入してください。
- 3 不妊治療を伴わない不妊検査及び自費検査となる不妊検査の費用は含めないでください。
- 4 治療期間に行った治療に要した費用のうち、患者負担額（領収金額）（注：保険診療分の場合は、医療保険各法による療養給付を除いた額）を記入してください。また、領収金額には食事療養標準負担額、個室料、文書料その他男性不妊治療に直接関係のない費用は含まないでください。