

特定不妊治療費助成事業受診等証明書
(男性不妊治療専用)

年 月 日

京都府知事 様

医療機関
所在地
名称
代表者
電話番号

㊟

下記の者については、特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）の過程において行われる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徴収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
治療方法 ※ 保険適用外の手術であること。	1 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 2 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 ※該当する番号に○を付けてください。			(精子回収の有無) 有 ・ 無
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※治療が1日で終了した場合は、「～」以下に取消線を引いてください。			
領収金額	受療者が負担した金額 _____ 円			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特記事項				

注1 この証明書は、特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）を実施する指定医療機関からの紹介等に基づき、特定不妊治療の過程で行われる「精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術」（男性不妊治療）の実施について確認するものです。

注2 保険適用外の手術費用及び凍結費用について証明してください（食事代、入院費及び検査費用は、含まれません）。なお、院外での処方による薬代等は、含まれます。