

**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

⑩

電話番号

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）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		()		()
生 年 月 日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
治 療 方 法	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			(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、「～」以降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）を実施する知事の指定を受けた医療機関からの紹介等を受けて、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。
- 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。
- 3 「治療方法」欄は、該当する番号を○印で囲んでください。