第３号様式（第５条関係）

**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 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 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。