

小美玉市生殖補助医療費補助事業受診等証明書（男性不妊治療用）

次の者については、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。

年 月 日

所在地
実施医療機関名
電話番号
主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください ()			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	《今回の治療にかかった金額合計》 男性不妊治療費 領収金額 円			
備考 ※2				

※1 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

※2 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名等を記載してください。

男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も補助の対象となります。

注意事項】 申請期限は治療終了日から起算して60日以内です。

申請期限に間に合わない場合は、速やかにこども家庭センターへご相談ください。