

様式第6号（第6条関係）

特定不妊治療の一環として行う男性不妊治療受診等証明書

次の者については、特定不妊治療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以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)	
今回の 治療方法	行った手術療法を記入してください。 ()	1 精子回収有り 2 精子回収無し (該当する番号に○をつけてください。)	
今回の 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	今回の治療にかかった診療額合計(保険外診療に限る) 男性不妊治療費領収金額 円		

※ 治療期間においては、男性不妊治療手術をおこなった日を記入してください。

なお、男性不妊治療が行ったが精子を得られない、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。