様式第２号の２（第５条関係）

舟橋村男性不妊治療費助成事業受診証明書

　下記のとおり、体外受精・顕微授精による不妊治療に至る一環として、精子回収術を実施し、これにかかる医療費を領収したことを証明します。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　（治療実施医療機関）

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　） | | | | 妻 | （　　　　　　　　　　　） | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| ○今回の治療方法（男性不妊治療について、該当するものに○をつけて下さい）  Ａ　精巣内精子生検採取（ＴＥＳＥ） Ｂ　その他精巣上体内精子吸引法（ＭＥＳＡ）等 | | | | | | | | |
| 今回の治療期間※  （男性不妊治療のみ） | | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | |
| ○体外受精・顕微授精実施医療機関と治療状況  ・男性不妊治療と体外受精・顕微授精による不妊治療を別の医療機関で実施する場合は①～③を記入  ・男性不妊治療と体外受精・顕微授精による不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は③を記入  ①所在地  ②医療機関名称  ③不妊治療期間　　　 年 月 日 ～ 　　 年 月 日  　　※舟橋村不妊治療費助成事業の対象とならない場合は空欄  ○精子回収の有無（　有　・　無　） | | | | | | | | |
| 領収金額（自己負担額） | | | (男性不妊治療費のみ)  　　　　　　　　　　　　　円 | | 領収金額に含まない院外処方の有無 | | | 有　・　無 |

※この受診証明書は、男性不妊治療を実施した医療機関の医師が記入してください。

※治療開始とは、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。

男性不妊治療のうち、助成対象となる治療は以下のとおりです。

・体外受精・顕微授精による特定不妊治療の一環として行う、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術。

・指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療に限る。