

宮崎県男性不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないかまたは、極めて少ないと思われるため、特定不妊治療に至る過程の一環として精巣内精子採取法を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

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	
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			(精子の回収の有無) 有 ・ 無	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 円 ※2			

※1 治療期間については、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 男性不妊治療に要した費用（保険外診療分）のみ記入してください。

※3 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。