

氷見市男性不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

氷見市長 あて

医療機関名
所在地
主治医師名

下記の方において体外受精・顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、体外受精・顕微授精を実施し、その治療の一環として精子回収術を実施したことを証明します。精子回収術に係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

		夫		妻		
受診者	ふりがな 氏名					
	生年月日	年	月	日	年 月 日	
今回の治療期間 (男性不妊治療のみ)		年	月	日	年 月 日	
今回の治療方法		<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE) <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法 (MESA) <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人負担金額の内訳	領収金額 (医療機関における本人負担金額)		診療点数	点		
			本人負担金額	(ア) 円		
	院外処方の有無		無・有 (下段に本人負担金額をご記入ください)			
	院外処方における本人負担額		(イ)		円	
	本証明書の発行に要した費用 (文書料)		(ウ)		円	
(ア) (イ) (ウ) の合計金額			円			

- 注1) 当該受診者に対して行った男性不妊治療に係るもののみご記入ください。
 2) 食事療養費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。
 3) は該当項目にチェックしてください。