

氷見市男性不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者は、次のとおり特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に至る過程の一環として精子回収術を実施し、これにかかる費用を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名

印

		夫	妻
受診者	氏名		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 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 (該当項目にチェックをお願いします)		<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 ()	

当該治療にかかる本人負担金額

期 間	保 険 診 療 分		保 険 診 療 外 の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
合計		円	円
院 外 処 方 の 有 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

- 1 男性不妊治療に要した費用のみ記入ください。
- 2 食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。