

様式第2号（第7条関係）

美咲町こうのとり事業受診証明書

下記の者について、体外受精又は顕微授精以外の方法によっては妊娠の見込みがないか又はきわめて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名



受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
治療方法		(該当に○) 体外受精・顕微授精・男性不妊治療（手術方法）			
治療内容					
体外受精・顕微授精を必要とした理由					
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額 (診療費等)		(男性不妊治療費を除く)			
		_____ 円			
		(男性不妊治療費※)			
		_____ 円			
		領収年月日 年 月 日～ 年 月 日			

男性不妊治療実施医療機関

(注) 診療費等は、体外受精及び顕微授精に関する治療費・検査料及び直接治療に必要な受精卵の凍結保存料をいいます。したがって食事代など直接医療に関係ないものは含まれません。

※特定不妊治療の一環として行う、精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体精子吸引採取法(MESA)等を行った場合の費用を記載してください。