

不妊治療受診等証明書（男性不妊治療費用）

下記の者については、不妊治療に至る過程の一環として男性不妊治療を実施し、これに係る医療費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
 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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額 (本人負担額)	[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円			
不妊治療を実施する医療機関名				

注1 当該患者に関して行った男性不妊治療に係るもののみ御記入ください。

※対象となる治療は、次のとおりです。

不妊治療に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）又は精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、その他精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等であり、保険外診療のもの

- 2 院外処方が有る場合、領収金額に薬局の領収書から本人負担額を加えてください。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

