

様式第2号（その2）（第5条関係）

島田市特定不妊治療受診等証明書

次の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

指定医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

ふりがな		
受診者氏名		
受診者 生年月日	年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法	行った手術療法を記入してください。	1 精子回収あり 2 精子回収なし (該当する番号に○印を付けてください。)
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
領収金額	〔今回の治療にかかった診療額合計（保険外診療に限る。）〕 男性不妊治療費領収金額（TESE、MESA 等） 円	

(注)

- 1 今回の治療期間の欄は、男性不妊治療手術を行った日を記入してください。
- 2 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良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。