

川口市不妊治療費助成事業
不妊治療実施証明書
(男性不妊治療用)

(あて先) 川口市長

下記のとおり、特定不妊治療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、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

(指定医療機関) 所在地
医療機関名
主治医氏名
主治医連絡先

指定医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

1 治療を受けた者

夫 氏名 (年 月 日生)

2 今回の治療方法^{※1}

(1) 行った手術療法を記載してください

(2) 精子回収の有無 (□有・□無) ^{※2}

(3) その他特記事項

3 今回の治療期間^{※3}

年 月 日 ~ 年 月 日

4 今回の治療費用の領収年月日 (期間) 及び領収金額 (保険外診療に限る)

年 月 日 ~ 年 月 日

男性不妊治療費 金 円

(入院室料や食事代、文書料等の
直接治療に関わらない費用を除く)

※1 本証明書における「男性不妊治療」とは、特定不妊治療を行うために必要とされる精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術をさします。ただし、保険外診療に限ります。
※2 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよ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。
※3 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。