

川口市生殖補助医療費助成事業
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、生殖補助医療以外の治療法によって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 男性 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 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、生殖補助医療の一環として医療保険適用診療で行った「精巣内精子採取術」などの精子を採取するための手術を示します。

※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。