

第2号様式の2

受給者番号	静	浜				
-------	---	---	--	--	--	--

(記入不要)

浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 (男性不妊治療用)

下記の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記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	夫	昭和 年 月 日 平成 (歳)	妻	昭和 年 月 日 平成 (歳)
今回の治療方法	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください []			(精子回収の有無) 1.有 2.無
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	(今回治療にかかった金額合計※保険外診療に限る) 男性不妊治療費 領収金額 円			

※ 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。

※ 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。