

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

和束町長 様

医療機関
 所在地
 名称
 代表者
 電話番号 印

下記のとおり特定不妊治療（男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名		生年月日	年 月 日	
配 偶 者 氏 名		生年月日	年 月 日	
病 名				
手術日・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
本人負担等の内訳	保険診療分（受療者分のみ記載）			備考
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE) 又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法 (MESA) 又は精子を精巣上体から採取するための手術			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特 記 事 項				