

様式第4号（第4条関係）

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

伊 根 町 長 様

医療機関等

所在地

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり男性不妊症治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名（夫） <small>（ふりがな）</small>	（ ）	生年月日	年 月 日	
配偶者氏名（妻） <small>（ふりがな）</small>	（ ）	生年月日	年 月 日	
病 名				
手術日・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
本人負担額の内訳	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
		点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検取法（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				

院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。