

様式第6号 (第7条関係)

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書 (男性不妊治療)

申請者記入欄	氏名		生年月日		
	夫		年月日		
	妻		年月日		
	住所	(〒 -) 吉岡町大字			
	電話番号				
主治医記入欄	診断名				
	診療期間	年月日～年月日			
	※実施した治療について、該当事項に○を付けてください。				
	1. 男性不妊治療				
	A 精巣内精子回収法 (T E S E (C-T E S E、M-T E S E))				
	B 精巣上体精子吸引法 (M E S A)				
C 精巣内精子吸引法 (T E S T)					
D 経皮的精巣上体精子吸引法 (P E S A)					
E その他手術 ()					
上記のとおり、証明します。					
年月日					
主治医氏名					

医療機関保険薬局記入欄	今回の治療 (保険診療適用外に限る。) に要した合計金額		円
	上記のとおり、証明します。		
	年月日		
医療機関所在地・氏名又は名称			

※男性不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に要した費用のみを証明してください。 (男性不妊治療とは、精子を精巣又は精巣上体から採取するために行った手術のことをいう。)
 ※文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください。
 ※医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。