第3号様式(第4条関係)

R4改正後用

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

(男性不妊治療専用)

年　月　日

　京都府知事　　　　　　　　　　様

医療機関

所在地

名称

主治医　　 　　　　　　　印

電話番号

　下記の者については、特定不妊治療(体外受精又は顕微授精)の過程において行われる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。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  受療者氏名 | 夫 | (　　　　　　　　　) | 妻 | (　　　　　　　　　) | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| 治療方法 | 1　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  2　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 | | | | (精子回収の有無)  有　・　無 |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　年　　　月　　　日  ※治療が1日で終了した場合は、「～」以降に取消線を引いてください。 | | | | |
| 領収金額 | 受療者が負担した金額　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | |
| 体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名 |  | | | | |
| 特記事項 |  | | | | |

注　1　この証明書は、特定不妊治療(体外受精又は顕微授精)を実施する知事の指定を受けた医療機関からの紹介等を受けて、特定不妊治療の過程で行われる「精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術」(男性不妊治療)の実施について確認するものです。

　　2　保険適用外の手術費用及び凍結費用について証明してください(食事代、入院費及び検査費用は、含まれません。)。なお、院外での処方による薬代等は、含まれます。

　　3　「治療方法」欄は、該当する番号を○印で囲んでください。