

八戸市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（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領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
 治療実施医療機関 医療機関名
 主治医氏名

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	
生年月日		年 月 日	
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください。 []		精子回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療期間※	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計。保険外診療に限る。 入院室料や食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。] 男性不妊治療費 金 _____ 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。

(注)
 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよ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。