

第2号様式その2（第6条関係）

特定不妊治療実施証明書（男性不妊治療用）

年 月 日

越谷市長 宛

特定不妊治療を行うにあたり、男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

所在地
治療実施医療機関 医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者氏名	夫	
生年月日	年 月 日生	
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	
治療費用の領収年月日（期間）	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額 (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
特定不妊治療を実施する指定医療機関名		

※ 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1 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、特定不妊治療費助成の申請と同時に申請する必要があります。

ただし、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は、本医療費のみで申請することができます。

注2 この証明書は、特定不妊治療を受ける指定医療機関で、「特定不妊治療実施証明書」（第2号様式その1）を発行していただく際に提示してください。