

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

京丹後市長 様

医療機関

所在地
名称
代表者
電話番号.....



下記のとおり男性不妊治療を実施し、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 ）			生年月日	年 月 日
配 偶 者 氏 名 （ 妻 ）			生年月日	年 月 日
病 名				
手 術 日 ・ 治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	負担金額	
		点	円	
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
内 容		☐ 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 ☐ 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				