

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

南丹市長 様

医療機関
所在地
名称
代表者
電話番号

下記のとおり特定不妊治療（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	
	年 月分	点	円
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
内 容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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			