

第2号様式の2

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（男性不妊治療用）

山 梨 県 知 事 殿

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下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫		
受診者生年月日		年 月 日 (歳)	
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) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 ^{※1}	年 月 日 ~ 年 月 日		
領 収 金 額 ^{※2}	今回の治療にかかった金額の合計（※保険外診療に限る） 男性不妊治療費 領収金額 _____円		

※1) 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。

※2) 今回の男性不妊治療に係る領収書（指定医療機関発行のもので保険外診療金額のみ記載されているもの）を添付してください。

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。