様式第２号の２（第６条関係）

熊谷市不妊治療実施証明書

熊谷市長　　宛

次のとおり、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

（治療実施医療機関）　　所　在　地
医療機関名
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

１　治療を受けた者

夫　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）

妻　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　月　　日生）

２　男性不妊治療の実施について

⑴　治療の内容（該当項目に☑）

☐ 精巣内精子生検採取法（ＴＥＳＥ）
☐ 精巣上体内精子吸引採取法（ＭＥＳＡ）
☐ 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（ＰＥＳＡ）
☐ 精巣内精子吸引採取法（ＴＥＳＡ）
☐その他（　　）

⑵　今回の治療期間（男性不妊治療のみ）

年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

⑶　男性不妊治療の領収金額

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

（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。）

⑷　体外受精・顕微授精実施医療機関及び治療状況

ア　所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

イ　医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ウ　特定不妊治療期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

（注意）

１　男性不妊治療と特定不妊治療を別の医療機関で実施する場合は、アからウまでを記入してください。

２　男性不妊治療と特定不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は、ウを記入してください。

３　卵胞が発育しないこと又は採卵準備中の体調不良により特定不妊治療が中止したことにより特定不妊治療費助成事業の対象とならない場合は、空欄にしてください。

備考

１　この実施証明書は、男性不妊治療を実施した医療機関の医師が記入してください。

２　治療開始とは、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。