

## 吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金に係る受診等証明書(男性不妊治療用)

下記のものについて、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領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地  
及びその名称  
主治医氏名

## 医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日	
今回の治療方法	該当する手術療法に○をつけ、実施日を記入してください 1 精巣精子採取術 2 精巣上体精子採取術 手術実施日： 年 月 日		(精子回収の有無) 1 有 2 無
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
○今回の治療に要した費用の領収年月日 年 月 日 から 年 月 日	(今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る) 男性不妊治療費 領収金額 円		

「今回の治療期間」には、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

※採卵準備前に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。