様式第11号

男性不妊治療に関する受診等証明書
（富山市特定不妊治療費助成事業）

下記の方について、以下の事項を証明します。（□に☑を記載ください。）

□ 体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療に至る過程の一環として男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したこと。

□ 令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療について、保険診療による胚移植術（以前に行った特定不妊治療により作られた受精胚による凍結胚移植を含む。）を通算6回実施済みであること。

年　　月　　日

医療機関の名称
医療機関の住所
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		妻	
受診者生年月日		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
治療方法	＊該当に○をつけてください。 1 TESE　　2 MESA　　3 その他（　　）			
治療内容				
※1)今回の治療期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日			
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る〕 領収金額　　円			
特定不妊治療を実施する医療機関名				

※1）治療期間とは、今回の男性不妊治療を行うための投薬開始等をした日から記載してください。

～男性不妊治療を実施する医療機関の方へ～

この証明書の記入にあたっては、下記の点にご注意ください。

1 当事業の助成対象となる治療は、特定不妊治療に至る過程の一環として行われる、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術であり、保険外診療のものに限ります。
2 当事業の助成対象となる医療機関は、富山市特定不妊治療費助成事業における指定医療機関または指定医療機関からの紹介により、男性不妊治療を実施した医療機関です。
3 この受診等証明書は、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。

～男性不妊治療を受けた患者様へ～

この受診等証明書は、当事業申請書および当事業受診等証明書とあわせて窓口へご提出ください。