

年 月 日

「富士河口湖町ようこそ赤ちゃん事業」男性不妊治療受診等証明書

下記の者について、男性不妊治療を実施したことを証明します。

指定医療機関 所在地

名称

主治医氏名

⑩

実施医療機関記入欄(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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
手術日	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療内容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (T E S E) 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 (M E S A) 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				
領収金額	円			

注1 本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手術等です。

2 個室代、差額ベッド代、食事代、文書作成料等直接治療に関係のない費用は助成対象となりません。