

第4号様式の2（第8条関係）

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

京 都 市 長 様

医療機関等
所在地
名称
代表者
電話番号

下記のとおり男性不妊症治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名（夫）		生年月日	年 月 日
配偶者氏名（妻）		生年月日	年 月 日
病 名			
手 術 日	年 月 日		
本人負担（領収）額	円		
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE）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（MESA）又は精子を精巣上体から採取するための手術 ※ いずれも保険適用外の手術であること		
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名			
特 記 事 項			

- 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あり、不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関からの紹介等により、上記男性不妊治療を実施した場合です。
- 2 保険適用外の手術費用、凍結費用が助成の対象です（食事代、入院費、検査費用は、助成の対象外です。）。
- 3 院外処方がある場合は、薬局の領収書の添付が必要です。