

様式第2-2号（第5条関係）

守谷市特定不妊治療費助成事業受診証明書（男性不妊治療用）

守谷市長 宛て

下記の者については、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徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入又は該当箇所に✓を記入してください。）

	夫
フリガナ	
受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 助成対象の治療（注1）を行った ※該当する場合、✓を記入してください
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日 ※期間の末日は、男性不妊治療手術を行った日を記入してください
領収金額	[今回の治療のために受診者が支払った額] 男性不妊治療費 領収金額 円
備考（注2）	

注1 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良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。
また、採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できず治療が終了した場合に限り、男性不妊治療のみでも助成の対象となります。

注2 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、当該医療機関名を記載してください。