第2-2号様式(第6条関係)

大分県特定不妊治療費等助成事業　受診等証明書(男性不妊治療用)

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(主治医が記入すること)

ふりがな	夫		
受診者氏名			
生年月日		年　月　日(　歳)	
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください ( )		(精子回収の有無) 1 有　2 無
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] 男性不妊治療費　領収金額　　円		

※治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

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。