第2-3号様式（第6条関係）

精巣内精子回収術実施証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施するにあたり、指定医療機関の依頼を受け、次のとおり医療保険適用外の精巣内精子回収術を実施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（太枠は主治医が記入すること）

<table>
<tr><td>治療の依頼を受けた
指定医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td rowspan="3">受診者</td><td></td><td rowspan="3">配偶者</td><td></td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>治療内容
該当するものを〇で囲む</td><td colspan="2">・精巣内精子回収術
・顕微鏡下精巣内精子回収術
・精巣上体精子吸引法
・顕微鏡下精巣上体精子採取法
・精巣内精子吸引採取法</td><td>精子回収の有無</td><td>有
・
無</td></tr>
<tr><td>手　術　日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医療保険適用外
負担額（領収額）　合計</td><td colspan="4">円</td></tr>
</table>

（注）1　入院費、食事代、精子の管理料（凍結保存料）等治療に直接関係のない費用は助成の対象となりません。

2　精巣内精子回収術の助成申請は、特定不妊治療（採卵を伴うもの）の助成申請と併せて申請を行ってください。ただし、採精出来なかった場合は単独で申請が可能ですので、不妊治療を実施している指定医療機関にこの証明書を提出し、受診等証明書の発行を受けてください。

3　この治療の原因となる特定不妊治療が採卵ができず特定不妊治療費助成の対象とならなかった場合は、採精出来なかった場合を除き、この治療も助成対象にはなりません。