

### 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないか又は、極めて少ないと思われるため、特定不妊治療に至る過程の一環として精巣内精子採取術を実施し、これに係る医療費等を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地  
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) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
実施医療機関の 名称及び所在地 ※1				
今回の治療方法 ※2				
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) 領収金額 円			

※1) 受診証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

※2) 治療期間については、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等を行った日から治療終了までを記載してください。

(注) 指定医療機関 A の医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、A の医師の指導に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合も含む）において精巣内精子生検採取法（TESE）等を行った場合、受診等証明書は A の主治医が作成する。