

井手町長様

医療機関

所在地

名称

代表者 印

電話番号

下記のとおり特定不妊治療（男性不妊治療）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・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	負担金額	
		点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
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			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特 記 事 項				