

第1号様式の4（第4条関係）

男性不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療に至る過程の一環として、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通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

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(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)	
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			
特定不妊治療を実施する医療機関名				