

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)<br>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 |                           |     |            |     |