

品川区不妊治療生殖補助医療（男性不妊治療）受診等証明書

(フリガナ) 氏名 生年月日	対象者	() 年 月 日 (歳)	配偶者	() 年 月 日 (歳)
----------------------	-----	-------------------	-----	-------------------

※氏名（対象者・配偶者）は、申請される方が記入のうえ、医療機関へお渡しください。

【主治医証明欄】

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療（男性不妊治療）を行ったことを証明します。

※先進医療にかかる治療、男性不妊治療における保険適用外については対象外です。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

印

● 男性不妊治療の診療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から、治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

● 上期間に実施した男性不妊治療の内容

※治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）は対象外です。

■ この証明書の記入に当たっては、下記の点に御注意のうえ、助成対象であるかご確認ください。

- ① 助成対象となるのは、生殖補助医療（男性不妊治療）のうち保険適用分です。
- ② 助成対象となる手術は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に至る過程の一環として行われる精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）であり、医療保険が適用されるものに限ります。
- ③ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は、助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は、男性不妊治療のみ助成対象とします。
- ④ 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限りです。
- ⑤ 助成対象となる費用は、医療保険が適用される手術代及び精子凍結料（精子保存料・管理料は対象外）です。
- ⑥ 助成対象となる医療機関は、不妊治療（生殖補助医療）費助成事業の指定医療機関です。

● 男性不妊治療に関する院外処方の有無 あり → 合計 日（※処方日を下記に記載）
なし

院外処方を行った日

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※裏面に医療機関領収証明欄がありますので、そちらもご記入ください。

