第２号の２様式

※船橋市が記入

受給者番号	

特 定 不 妊 治 療 受 診 等 証 明 書（男性不妊用）

下記の者については、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（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	（　　）		
受診者生年月日		昭和 平成　年　月　日　（　歳）		
今回の治療方法	男性不妊治療を行った場合は、行った手術方法を記載してください 〔　　〕			(精子回収の有無) １．有　２．無
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〕 男性不妊治療費 ※3　　領収金額　　円			

※　治療期間については、男性不妊治療を行った日を記載してください。

※　採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。