

## 八王子市男性不妊治療受診等証明書

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、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を実施し、これに係る医療費を下記のとお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 ( )	妻 ( )
受診者生年月日 治療開始時の年齢を記載	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	該当する治療内容に○を付けてください。 1.TESE 2.MESA 3.TESA 4.PESA	精子回収の有無 1.有 2.無
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
○今回の治療内容について記入してください。		
手術日	年 月 日 (精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を実施した日を記載してください。)	
領収金額	※ 今回の男性不妊治療にかかった金額(保険適用外)に限ります。 領収書の期間 → 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 円	
特定不妊治療を 実施する医療機関名		

医療機関の方へ

この証明書の記入に当たっては、下記の点にご注意ください。

- 助成対象となる手術は、特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術であり、医療保険が適用されないものに限ります。
- 助成対象となる手術は、平成27年4月1日以降(TESAについては平成28年1月20日以降)に手術を実施したものに限り。
- 助成対象となる費用は、医療保険が適用されない手術費用及び凍結費用です。
- 対象となる医療機関は不妊に悩む方への特定治療支援事業の指定医療機関、もしくは同機関から紹介を受けた医療機関です。  
例1: 指定医療機関Aで採卵、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術、胚移植を行ったケース。  
例2: 指定医療機関Aで採卵、指定外医療機関Bで精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を実施し、指定医療機関Aで胚移植を行ったケース。
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、八王子市不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金の申請と同時に申請する必要があります。
- 特定不妊治療が助成の対象とならなかった場合は、この男性不妊治療も助成の対象となりません。ただし、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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合には助成対象となります。

患者様へ

この証明書の取り扱いについては、下記の点にご注意ください。

- この証明書は、特定不妊治療を受ける医療機関で「八王子市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書」(第2号様式)を発行していただく際に提示してください。
- 助成対象となる手術は、平成27年4月1日以降に実施したものに限り。(TESAについては平成28年1月20日以降実施したものに限り。)
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、八王子市不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金の申請と同時に申請する必要があります。
- 特定不妊治療が助成の対象とならなかった場合は、この男性不妊治療も助成の対象となりません。ただし、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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合には助成対象となります。