

大阪市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書  
(特定不妊治療費助成事業)

次の者については、男性不妊治療を実施し、これにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地  
及びその名称  
主治医氏名

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	( )		
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		
今回の治療方法	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療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※1	年 月 日～		年 月 日	
領収年月日	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 領収金額 _____ 円			

※1 治療期間については、男性不妊治療手術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、また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。