

【注意事項】 申請期限は令和5年6月30日(金)です。(それ以降は受付できません。)
※郵送の場合は、6月30日消印有効となります。

申請者番号 (※記入不要)

茨城県不妊治療費助成事業受診等証明書 (男性不妊治療用)

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

医療機関記入欄 (※主治医が記入してください。)

(フリガナ) 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	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※1,2	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額 ※2	[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		
備考※3			

- ※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。
- ※2 令和5年3月31日までに一連の治療が終了しなかった場合、令和5年3月31日までに行った治療費分を領収金額欄に記載し、治療期間の終期も令和5年3月31日までの日付を記載してください。
- ※3 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名等を記載してください。

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も助成の対象となります。