

第2-2号様式

横浜市特定不妊治療費助成受診等証明書(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。

発行年月日: 年 月 日

医療機関の所在地:

医療機関の名称:

主治医の氏名:

主治医が記入してください。(注)記載事項を訂正する場合は、訂正印が必要です。

(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	精子を採取するために行った手術療法を選択してください <input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法(TESE(C-TESE M-TESE)) <input type="checkbox"/> 精巣上体精子吸引法(MESA) <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引法(TESA) <input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体精子吸引法(PESA)	(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※2	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。

※2 領収日が治療期間外の場合に領収日(期間後の場合は最後の領収日)を記載してください。

助成対象となる治療は、特定不妊治療に至る過程の一環として、夫の高度の精液性状低下及び無精子症等の原因により、指定医療機関において、精子を精巣又は精巣上体から採取するために実施した次の手術です。男性不妊治療費の助成は、採精・凍結した精子を使用して特定不妊治療を実施したものを対象とします。ただし、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。

- (1) 精巣内精子生検採取法(TESE(C-TESE M-TESE))
- (2) 精巣上体精子吸引法(MESA)
- (3) 精巣内精子吸引法(TESA)
- (4) 経皮的精巣上体精子吸引法(PESA)