

相模原市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（男性不妊治療用）  
【保険適用への円滑な移行支援分】

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（主治医が記入すること）

※申請期限は、治療終了日から数えて60日以内です。

（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	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"/> 精巣内精子生検採集方法（TESE (C-TESE M-TESE)） <input type="checkbox"/> 精巣上体精子吸引方法（MESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引方法（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 ※	年 月 日 ～ 年 月 日		
領 収 金 額 (保険外診療に限る)	[今回の治療にかかった金額合計] 男性不妊治療費 領収金額 _____円		

※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。

助成の対象となる治療は、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。

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

男性不妊治療の助成は、採精・凍結した精子を使用して得て不妊治療を実施したものを対象とします。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、又は状態のよい精子が得られないため治療を注視した場合も助成の対象となります。