

高崎市生殖補助医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とおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	()	妻	()
	生年月日		昭和・平成 年 月 日(歳)		昭和・平成 年 月 日(歳)
今回の治療の状況	治療期間	男性不妊治療手術を行った日を記入してください。 年 月 日			
	治療内容	手術療法 () 精子回収の有無 1 有 2 無			
	領収金額 (対象外の治療等を除く)	保険診療分 _____ 円 保険外診療分 _____ 円 合計 _____ 円			

○ 男性不妊治療の助成対象範囲（生殖補助医療治療ステージCの治療を除く）

生殖補助医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（精子凍結費を含む）で、生殖補助医療の治療終了日の属する年度又はその前年度に行われた手術が対象です。

生殖補助医療に至る過程の一環としての治療のため、男性不妊治療のみでは申請できませんが、主治医の判断により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終了した場合に限り、男性不妊治療のみでも申請が可能です。

- ・ 精巣内精子回収法（TESE（C-TESE、M-TESE））
- ・ 精巣上体精子吸引法（MESA）
- ・ 精巣内精子吸引法（TESA）
- ・ 経皮的精巣上体精子吸引法（PESA） など

※ 対象外となる主なものは次のとおりです。

予防接種やがん検診、証明書等文書作成料、郵送料、精子凍結保存維持管理料、治療に係る検査料・入院費・食事代等