様式第３－２号

〔(R４年度～)申請締切:治療終了月の３か月後の月の末日、(R5.3.31までに治療終了)

群馬県不妊に悩む方への特定治療支援基金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）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		S・H　年　月　日（　歳）		S・H　年　月　日（　歳）
今回の治療方法	男性不妊治療を行った場合の手術療法 〔　　〕		（精子回収の有無） １．有　２．無	
今回の治療期間※	令和　年　月　日～　令和　年　月　日 （治療開始時の妻の年齢　歳）			
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			

※）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。

※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。

添付書類：上記領収金額に対応する**領収書及び治療明細書**(治療内容が分かるもの)等（申請の際に本書を持参）