

## 柏市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（男性不妊治療助成用）

柏市長あて

下記のものについては、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。

指定医療機関の名称及び所在地  
電話  
主治医氏名  
指定医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	夫	
(ふりがな) 氏名	( )	
生年月日	昭和 ・ 年 月 日 平成 年 齢 ( ) 歳	
今回の 治療方法	行った手術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※	令和 年 月 日 ~ 令和 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	

※治療期間については、男性不妊治療手術を行った日について記載してください。

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。

【添付書類】指定医療機関発行の領収書