様式第８号（第１１条関係）

高松市特定不妊治療受診等証明書（男性不妊治療用）

次の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日
指定医療機関　所在地
名　称
主治医氏名　　㊞

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫			
		年　月　日生（　歳）		
今回の治療方法	行った手術療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※	年　月　日　～　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期間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。