

（あて先）久御山町長

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号



下記のとおり男性不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名（夫）		生年月日	年 月 日
配偶者氏名（妻）		生年月日	年 月 日
病 名			
手 術 日	年 月 日		
本人負担（領収）額	円		
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE) 又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法 (MESA) 又は精子を精巣上体から採取するための手術		
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名			
特 記 事 項			