別記　第６号様式

受給者番号（東京都が記載）					

精巣内精子生検採取法等受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精に至る過程の一環として、精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）による手術を実施し、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。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名（自署）

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	対象者	（　　）	配偶者	（　　）
受診者生年月日	年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）	
今回の手術方法	１　ＴＥＳＥ　２　ＭＥＳＡ　３　ＰＥＳＡ　４　ＴＥＳＡ 該当する番号に○を付けてください。		精子回収の結果	１　得られた ２　得られずに治療中止
今回の手術日	年　月　日		（精子を精巣等から採取するための手術を実施した日）	
領収金額	〔今回の手術にかかった金額（保険適用外）に限る。〕 （領収書の日付）　年　月　日 領収金額　円			
体外受精又は顕微授精を実施する指定医療機関名				

医療機関の方へ

この証明書の記入に当たっては、下記の点に御注意ください。

- 助成対象となる手術は、体外受精及び顕微授精に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）であり、医療保険が適用されないものに限ります。
- 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
- 助成対象となる費用は、医療保険が適用されない手術代及び精子凍結料（精子保存料・管理料は対象外）です。
- 助成対象となる医療機関は、特定不妊治療費助成事業の指定医療機関です。
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、生殖機能温存治療費助成（妊娠のための治療分）の申請と同時に申請する必要があります。
- 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

患者様へ

この証明書の取り扱いについては、下記の点に御注意ください。

- この証明書は、体外受精又は顕微授精を受ける指定医療機関で「若年がん患者生殖機能温存治療受診等証明書（妊娠のための治療分）」（第５号様式）を発行していただく際に提示してください。
- 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
- 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、若年がん患者生殖機能温存治療費助成（妊娠のための治療分）の申請と同時に申請する必要があります。
- 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

（日本産業規格Ａ列４番）