

様式第2号（第4条関係）

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

不育症検査費用助成事業検査受験等証明書

下記の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を下記の通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）

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

（ふりがな） 受験者氏名	氏名	（ ）	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	（ 歳）
実施した検査								
検査実施日	令和 年 月 日							
領収金額	（今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る） 検査費用 領収金額 円							