

第2号様式

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

不育症検査費用助成検査受検証明書

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

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) 受検者	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	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						

※本証明書は、医療機関主治医が記載すること。
※医療機関は、別紙「不育症検査結果個票」を併せて作成し、添付すること。