

小野市不妊治療ペア検査助成事業受診証明書

下記の者については、不妊症の検査を実施し、これにかかる医療保険適用外の検査費を下記のとおり領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

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	夫	()	妻	()			
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)			
今回の検査内容							
今回の検査期間 (※1)	年 月 日 ~		今回の検査による 治療の必要性の有無		今回の検査による 不妊治療の有無		
	年 月 日 (検査開始時妻年齢: 歳)		有	無	不明	有	無
(今回の検査にかかった金額合計 ※保険外診療に限る)							
領収金額 円							
(内訳) 今回の検査に該当する領収書の年月日及び金額をご記入ください (領収書を別途添付してください)							
年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額
//	円	//	円	//	円	//	円
//	円	//	円	//	円	//	円
//	円	//	円	//	円	//	円
//	円	//	円	//	円	//	円
//	円	//	円	//	円	//	円
備考							

(※1) 検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※夫婦どちらか一方の検査がすべて保険適用となり、申請にかかる領収書が夫婦どちらか一方のみとなる場合、その旨を備考欄に記載してください。

※夫婦で別の医療機関を受診する場合は医療機関ごとにこの証明書を発行してください。