様式第２号（第５条関係）

上郡町不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

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　～  　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 | | |
| 有 | 無 | | | 不明 | 有 | 無 | 不明 |
| 領収年月日　　　　　　年　　月　　日　 ～　 　　　　年　　月　　日    領収金額　　　　　　　　　　　　　円（※２） | | | | | | | | | | |

※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。

※２：今回の検査期間における領収金額（医療保険適用外の医療費）を記載してください。

　（記載の領収金額を満たす領収書を添付してください。）