

洲本市不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊検査を実施し、これに係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)
今回の検査期間(※1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の検査内容 (※1)				
今回の検査による 治療の必要性の有無	有 ・ 無 ・ 不明			
今回の検査による 不妊治療の有無	有 ・ 無 ・ 不明			
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (保険外診療に限る。)			
内訳	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
	年 月 日 ¥			
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。

※2：領収金額の合計額が一致する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。

※夫婦どちらか一方の検査が全て保険適用となり、申請に係る領収書が夫婦のいずれ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。

※夫婦が別の医療機関を受診した場合は、医療機関ごとにこの書類を作成してください。