

様式第2号(第6条関係)

### 椎葉村不妊検査費助成事業受診証明書

下記の者については、次の通り不妊原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費(本人負担額)を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名称:

所在地:

電話番号: — —

主治医氏名: 印

		夫	妻	
ふりがな				
受診者氏名				
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日( 歳)	昭和 平成	年 月 日( 歳)
検査開始日		年 月 日		年 月 日
検査最終日		年 月 日		年 月 日
不妊原因を調べるための検査に要した費用	診療月	本人負担額(医療保険適用の有無は問いません)		
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	年 月分	円	円	
	計	円①	円②	
文書料(証明書)			円③	
領収金額合計			円 (①~③の合計)	

※次の点に留意してご記入ください。

- ・主治医がご記入ください。
- ・対象となる検査は、不妊原因を調べるために医師が必要と認めたものです。
- ・助成対象期間(検査開始日の属する月から起算して12ヶ月以内)の診療分について記載してください。