

様式第2号（第6条関係）

三田市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、不妊検査を実施し、これにかかる医療保険適用外の検査費を次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。）

受診者	(フリガナ) 氏名	夫	()	妻	()		
	生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		
検査内容							
検査期間（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日	検査による不妊治療の必要性の有無			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：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。