

(様式第2号)

多可町不妊治療ペア検査費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

所在地

名称

電話番号

主治医

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）				
(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
検査内容				
検査期間(※1)	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額 円(※2)				

※1：検査期間は、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。