

伊丹市不妊治療ペア検査助成金事業受診等証明書

下記の者については、不妊の検査を実施し、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

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（医療保険適用外の診察・検査費用※食事代、個室代、容器代、文書料等除く）を記載してください。

（記載の領収金額、検査項目のわかる領収書・診療明細を添付してください。）