

第2号様式（第6条関係）

受給者番号（保健所記入）					-			
--------------	--	--	--	--	---	--	--	--

不育症検査費用助成事業検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴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）

- 当該医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

（ふりがな） 受 検 者 氏 名	（ ）	生年月日	年 月 日（ 歳）
実施した検査			
検査実施日	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 領収金額 円		

（◎1）助成金申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を貼付してください。

（注）助成対象となるのは次に相当するものです。

厚生労働大臣が告示する「厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準」において告示された不育症に関する検査