

明石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、不妊症の検査を実施し、これにかかる医療保険適用外の検査費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関の所在地

主治医氏名

(自署または記名押印)

<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		S・H 年 月 日(歳)		S・H 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 (検査開始時妻の年齢 歳)	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																												
領収金額 ※2	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 領収金額 円																															
<p>【内訳】 今回の検査に該当する領収書の年月日及び金額をご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">夫</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">妻</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">年/月/日</th> <th style="text-align: center;">領収金額</th> <th style="text-align: center;">年/月/日</th> <th style="text-align: center;">領収金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </tbody> </table> <p>夫婦どちらか一方が今回の申請にかかる領収がない場合、以下も記入 【領収がない者の検査（保険適用含む）の実施】 (有 ・ 無)</p>					夫		妻		年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円	/ /	円
夫		妻																														
年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額																													
/ /	円	/ /	円																													
/ /	円	/ /	円																													
/ /	円	/ /	円																													
/ /	円	/ /	円																													
/ /	円	/ /	円																													
備考																																

※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（医療保険適用外の医療費）を記載してください。

※ 夫婦で別の医療機関を受診の場合は医療機関ごとに受診等証明書（様式第2号）の発行をしてください。