

様式第2号その2（第7条関係）

不育症治療費受診等証明書（先進不育症検査用）

次の者については、次のとおり先進医療不育症検査を実施し、これに係る医療費を次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（主治医が記入してください。）

- 当医療機関は、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) 受診者氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
実施した検査			
今回の検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	[今回の検査に係った金額合計※先進医療分に限る。] 検査費用 領収金額 円		