

愛媛県不育症検査費用助成事業受検証明書

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。

(※) 該当する場合には、にチェックマークをご記入ください。

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
今回実施した検査			
検査実施日	年 月 日		
領収金額	[今回の検査にかかった合計金額（先進医療部分に限る）] 検査費用 領収金額 円		