第２号様式（第５条関係）

大分県不育症検査費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通り徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地

名　称

主治医氏名　　印

（主治医が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）

（※該当する場合は☑）

☐　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 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		
領 収 金 額	（今回の検査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		

※医療機関は、不育症検査結果個票（第３号様式）を併せて作成し、添付すること。