

様式第3号

呉市不育症検査費用助成申請に係る証明書

次の者については、先進医療として厚生労働大臣が定める検査を実施し、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。

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ます。

令和 年 月 日

指定医療機関の住所

名称

⑩

指定医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな)	
受検者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
受検者の 確認事項	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産，死産の既往がある者
実施した検査	
検査実施日	令和 年 月 日～令和 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
	その他特記事項 () 主治医氏名 _____ (主治医が自署若しくは記名押印)