

様式第2号（第6条関係）

山縣市不妊検査費助成受診等証明書

令和 年 月 日

下記の者については、不妊症の検査を実施し、これにかかる医療費を徴収したことを証明します。

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）

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生
検査方法	該当する検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> クラミジア検査 <input type="checkbox"/> 抗核抗体検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> ヒューナーテスト <input type="checkbox"/> 卵管造影検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※検査方法は資料添付も可			
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額	領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日 [検査にかかった金額合計] 領収金額 _____ 円			