

神戸市先進医療にかかる不育症検査受診等証明書

下記の者については、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があることから、不育症の検査を行いました。つきましては、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 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ます。

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
実施した検査						
検査実施日※1	令和 年 月 日					
領収金額合計※2	[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					

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の検査日を記載してください。

※2：領収金額の一致する検査実施日の領収書を別途添付して下さい。