

第2号様式

相模原市不育症検査費用助成金受検証明書

下記の者に対し、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。

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る。

（上記を確認のうえ、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成の対象になりません。）

（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	令和 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 _____ 円			

（注） 医療機関は、別紙「不育症検査結果個票」を併せて作成し、添付すること。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。）