

## 不育症検査費用助成事業受診等証明書

つぎの者については、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。

令和 年 月 日

いわき市長

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

- 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)		生年	昭和	年	月	日
受検者氏名		月日	平成		(	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]					
	領収金額					円