

横浜市不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、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

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。

下記の検査費用には、市町村等の他自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。

(上記の2点を確認の上、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。)

(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 領収金額 _____ 円			

(注) 医療機関は、横浜市不育症検査結果個票(第3号様式)を併せて作成し、添付すること。