

## 福島市不育症検査費助成事業受検等証明書

下記の方については、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。

年 月 日

福島市長

指定医療機関の名称

指定医療機関の所在地

主治医氏名

印

- 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おります。

### 指定医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受検者氏名	( )
受検者生年月日	昭和 平成 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] 領収金額 _____ 円