

日南市不妊検査費助成事業医療費等証明書

日南市長 様

下記の者について、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費等を
領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名
所 在 地
主治医氏名 印

記

フリガナ 受検者氏名	夫		妻	
受検者生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
不妊の原因を調べるため の検査の実施状況	検査実施機関	年 月 日～ 年 月 日		
	検査実施回数	回		
受検者負担額の内訳 （検査）	区分（診療月）		受検者負担額	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
	年 月分		円	
合 計			円	
文書料（証明書）			円	

- ※受検者負担額は、次の点に留意してご記入ください。
- ・対象となる検査は、不妊の原因を調べるために医師が必要と認めたものです。
 - ・助成対象期間(検査開始日の属する月から起算して、12月以内)内の診療分について記載してください。ただし、令和5年4月1日以降に行った検査が対象です。
 - ・医療保険適用の有無は問いません。
 - ・夫婦共に検査を行った場合は、月毎に合算。明細書にて確認します。