

豊明市不妊治療前検査受診等証明書

次の者については、不妊の検査を実施し、これに係る健康保険適用外の検査費を領収したことを証明します。

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

受診者	夫	ふりがな 氏名	年 月 日 ( 歳)	妻	ふりがな 氏名	年 月 日 ( 歳)
		生年月日			生年月日	
今回の 検査内容						
今回の 検査期間 ※1	年 月 日～		年 月 日			
領収 年月日	年 月 日～		年 月 日			
	領収金額			円(※2)		

※1:検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※2:今回の検査機関における領収金額(健康保険適用外の診察・検査費用(食事代、個室代、容器代、文書料等を除く。))を記載してください。

(記載の領収金額及び検査項目のわかる診療明細等を添付してください)