

小林市不妊検査費助成事業医療費等証明書

小林市長 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

記

ふりがな 受検者氏名	夫				妻			
		年 月 日				年 月 日		
受検者生年月日		年 月 日				年 月 日		
不妊の原因を調べるための検査の実施状況	検査実施期間	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。

- ・受検者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用（医療保険各法の規定による給付の対象であるか否かは問いません。）のみを記入
- ・夫婦共に検査を行った場合は、月ごとに合算
- ・検査開始日から12か月以内かつ令和4年4月1日以降に行った検査が対象