

（この欄は記入しないでください）

受給者番号	
-------	--

川西市不妊を心配する方へのペア検査（不妊ペア検査）助成事業
受診等証明書

下記の者については、不妊症の早期発見、早期治療に向けてペア検査を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり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 印
(署名または記名押印)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	夫	妻	
(ふりがな) 受診者氏名	()	()	
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
医師の認める 一般不妊治療に必要な 検査内容（※1）			
検査期間(※2)	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
今回の検査による不妊治療の必要性の有無	有	無	不明
今回の検査による不妊治療の有無	有	無	不明
領収金額合計 (※3)	¥ 円		

※1： 不妊治療の効果を確認するための検査など、治療の一環として行われる検査は助成対象外です。
※2： 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。（治療期間は含みません）
※3： 検査期間における領収金額（医療保険適用外の医療費）を記載してください。
今回の申請に際し、紹介状、証明書等書類作成料、手数料及び物品等の費用は含まれません。