

受給者番号	
-------	--

川西市不妊治療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）							
初回受診日（※2）	年 月 日			年 月 日			
検査期間	年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日			
今回の検査による 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： 夫婦それぞれの初回受診日の間隔が3か月以内であること。

※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。

紹介状、証明書等書類作成料、消費税、手数料及び物品等の費用は含まれません。