

別紙2

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

富山県不育症検査費用助成事業検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、
これに係る医療費を下記の通り徴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(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	年 月 日(歳)
実施した検査				
検査実施日	年 月 日			
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る]			
	検査費用	領収金額	円	