

様式第2号（第6条関係）

### 高松市不育症検査費用助成検査受検証明書

次の者については、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とおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

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。

（内容を確認の上、主治医がを記載してください。）

（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		

（注）「不育症検査結果個票」（別紙様式）を併せて作成し、添付してください。