

様式第2号

受給者番号						(この欄は記入しないでください。)
-------	--	--	--	--	--	-------------------

盛岡市不育症検査費助成検査受検証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）又は死産の既往が2回以上あり、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

医療機関の名称  
所在地  
主治医氏名

(ふりがな) 受検者氏名	( )
受検者の生年月日	年 月 日
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 領収年月日 _____ 年 月 日

- ※ 本証明書は、実施医療機関の主治医が作成すること。
- ※ 実施医療機関の主治医は、不育症検査結果個票（様式第3号）を併せて作成し、添付すること。