

様式第2号（第6条関係）

## 高原町不妊検査費助成事業医療費等証明書

高原町長 殿

下記の者について、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費等を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
主治医氏名

記

フリガナ 受検者氏名	夫		妻	
受検者生年月日		年 月 日		年 月 日
不妊の原因を調べる ための検査の実施状況	検査実施期間	年 月 日～		年 月 日
	検査実施回数	回		
受検者負担額の 内訳（検査）	区分（診療月）	受検者負担額		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
合計		円		
文書料（証明書）		円		

※受検者負担額は、次の点に留意してご記入ください。

- ・受検者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用（医療保険各法の規定による給付の対象であるか否かは問いません。）のみ記入
- ・夫婦共に検査を行った場合は、月ごとに合算
- ・検査開始日から12か月以内かつ令和6年4月1日以降に行った検査が対象