

様式第2号（第6条関係）

門川町不妊検査費助成事業医療費等証明書

門川町長 様

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

ふりがな 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）	夫 [円]	妻 [円]	受検者負担額(計)		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
文書料（証明書）		円				
合計		円				

※受検者負担額は、次の点に留意して御記入ください。

- ・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。）のみを記入
- ・夫婦ともに検査を行った場合は、月ごとに合算
- ・令和8年4月1日以降に行った検査が対象