

第2号様式（第6条関係）

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

奈良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次のとおり領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。）				
<input type="checkbox"/> 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。				
受検者	ふりがな		生年 月日	年 月 日（ 歳）
	氏名			
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			