

受給者番号	
-------	--

医療機関発行の領収書添付箇所
----------------

年 月 日

## 山口県不育症検査費助成事業受検証明書

山口県知事様

(医療機関) 住所  
 名称  
 主治医氏名  
 電話番号

下記の者については、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通り徴収したことを証明します。

## 記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

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。

(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	

※本票と合わせて、不育症検査結果個票(別記第3号様式)をご記入ください。