

第2号様式(第6条関係)

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

不育症検査費用助成検査受検証明書

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。

年 月 日

(宛先)京都市長

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)

- 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。
- 下記の検査費用には、他自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。
- (上記の2点を確認の上、口にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。)

(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			

(注)医療機関は、別紙「不育症検査結果個票」を併せて作成し、添付すること。