様式第２号（第５条関係）

姫路市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊症の検査を実施し、これに係る保険適用外の費用を下記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）

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td colspan="3">（　　）</td><td rowspan="2">妻</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>今回の検査内容</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">今回の検査期間
（※１）</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日　～
年　　月　　日</td><td colspan="3">今回の検査による治療の必要性の有無</td><td colspan="3">今回の検査による不妊治療の有無</td></tr>
<tr><td>有</td><td>無</td><td>不明</td><td>有</td><td>無</td><td>不明</td></tr>
<tr><td colspan="8">領収年月日　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
領収金額　　円（※２）</td></tr>
</table>

※１：検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※２：今回の検査期間における領収金額（医療保険適用外の費用）を記載してください。

（記載の領収金額を満たす領収書を添付してください。）