（参考）

|  |  |
| --- | --- |
| 様式第2-2号添付書類 |  |

不妊検査費領収金額の明細書

年 　　月 　　日

医療機関名称

　 　　様の領収金額の内訳は下記のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治　療　内　容 | | 金　　　　額 |
| 女性不妊検査 | | 円 |
|  | 超音波検査 | 円 |
| 内分泌検査 | 円 |
| 感染症検査 | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 男性不妊検査 | | 円 |
|  | 精液検査 | 円 |
| 内分泌検査 | 円 |
| 感染症検査 | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| その他 | | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  |
| 合　計 | | 円 |