

(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