第２号様式（第７条関係）

育

長岡市不育治療費助成事業受診等証明書

受診者氏名		生年月日	年　月　日

医療機関証明書欄

今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日
治療方法	治療方法の該当箇所の☐に「✓」印を記入してください。 ☐検査　☐免疫異常　☐内分泌異常　☐夫婦染色体異常　☐子宮異常 ☐その他〔　　〕
治療内容	治療内容を記入してください。 （　　）

院外処方	☐ 有　☐ 無	限度額適用認定証の使用した月 （該当月に〇をつけてください）	1　2　3　4　5　6 7　8　9　10　11　12

検査・治療に要した費用（保険適用額の自己負担分）

自己負担額　　円

上記のとおり証明します。

年　月　日

所在地
医療機関　名　称
主治医氏名　　㊞

（宛先）長岡市長

調剤薬局証明書欄

投薬した期間	年　月　日　～　年　月　日

投薬に要した費用（保険適用額の自己負担分　※薬剤費、調剤費を含む）

自己負担額　　円

上記のとおり証明します。

年　月　日

調剤薬局　所在地
名　称
氏　名　　㊞

（宛先）長岡市長

注１　当該受診者に関して行った不育治療に係るもののみ記入してください。

２　助成対象の治療費は、不育治療等に要した「長岡市妊産婦の医療費助成制度」対象前月までの保険適用の検査及び治療費です。「長岡市妊産婦の医療費助成制度」の対象月以後の不育治療費に関しては、助成の対象となりません。

３　入院費、食事料、文書料、その他当該対象治療と関係しない費用、処方箋によらない医薬品等の費用は助成の対象となりません。