

長岡市不妊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								
<b>医療機関証明書欄</b>														
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日											
治療内容	治療方法の該当箇所に記入してください。 ・検査 実施（ ）回    ・体外受精 実施（ ）回 ・タイミング療法 実施（ ）回    ・顕微授精 実施（ ）回 ・排卵誘発法 実施（ ）回    ・融解胚移植 実施（ ）回 ・人工授精 実施（ ）回    ・男性不妊治療 実施（ ）回 ・その他 [ ]													
院外処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	限度額適用認定証の使用した月 (該当月に○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 _____ (印) (宛先) 長岡市長														
<b>調剤薬局証明書欄</b>														
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 _____ (印) (宛先) 長岡市長														

注1 当該受診者に関して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。  
 注2 □は当該項目にチェックしてください。  
 注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。