別記様式第２号の２（第５条関係）

不育症治療等医療機関証明書

長岡京市長　　様　　年　　月　　日

医療機関等
所在地
名　　称
代表者　　㊞
電話番号

下記のとおり不育症治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		男・女	生年月日	年　月　日
病名			治療開始年月日	年　月　日
今回の診療期間及び治療等の状況	年　月　日から　年　月　日まで □終了　□治療継続中			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額	円	

本人負担等の内訳	保険診療分			保険診療外
	区　分	診療点数	負担金額	負担金額
	年　月分	点	円	円
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			

保険診療分の内容	保険診療外の内容
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 □ヘパリン注射 □その他（　　）	□流産検体を用いた染色体検査 □その他 （　　）

出産の有無	□有　□無　□治療継続中　□未確認	薬局の場合は記載不要です。
特記事項		

注１　食事代、入院費は、助成の対象となりません。
　２　１年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が１年を超える場合は、数回に分けて証明してください。
３　院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。