様式第３号（第６条関係）

一般不妊治療医療機関（薬局）証明書

（人工授精、タイミング法等）

令和　　年　　月　　日

山都町長　様

保険薬局
住　　所
名　　称
代 表 者
電話番号　　（　　）　　－

下記のとおり不妊治療（人工授精、タイミング法等）に係る薬剤を処方し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名			**生年月日**	年　月　日
調 剤 期 間	年　月　日から　　年　月　日まで			
保険診療に要した総点数	点		**保険診療分の本人負担額**	円
本人負担等の内訳	**保 険 診 療 分**			**備考**
	区分	**診療点数**	**負担金額**	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	
特 記 事 項				