

特定不妊治療医療機関（薬局）証明書

（体外受精・顕微授精、男性不妊治療 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（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）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				