

不妊治療医療機関（薬局）証明書

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     |           |                                |             |           |