様式第３号（第８条関係）

# 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**  |   |