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** | | |  | | | | |