

不妊治療医療機関（薬局）証明書

年 月 日

和束町長 様

保険薬局
 所在地
 名称
 代表者
 電話番号 印

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

(ふりがな) 受 療 者 氏 名				配偶者 氏 名				
受療者生年月日及び年齢		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)				
調 剤 日		年 月 日						
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	保険対応分（受療者分のみ記載）						備考	
	区分	診療点数		負担金額				
		点		円				
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
	年 月分							
特 記 事 項								