

特定不妊治療医療機関 (薬局) 証明書
(体外受精・顕微授精等)

年 月 日

出 雲 崎 町 長 宛て

保険薬局

住 所

名 称

代 表 者

電 話 番 号

印

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	
特 記 事 項				