

年 月 日

寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業受診等証明書（薬局）

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（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

(ふりがな) 受療者氏名	受療者	()	受療者の配偶者	()
受療者生年月日及び年齢		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
調剤期間 ※1	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
本人負担額の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	本人負担額	
	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				

※1 様式第2号の1（主治医記載）に記載の治療期間における調剤期間とする。