

第2号様式の2の3（第2条関係）

不妊治療等医療機関（薬局）証明書

年 月 日

宮 津 市 長 様

保険薬局

所在地 .....

名称 .....

代表者 ..... 印

電話番号 .....

下記のとおり不妊治療等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 ~ 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				