

別記第2号様式の2の3（第5条関係）

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

井 手 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（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		()		
受療者生年月日及び年齢		年 月 日 (歳)		
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			
特 記 事 項				