

様式第7号（第4条関係）

不妊治療医療機関（薬局）証明書

年 月 日

伊 根 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

受療者氏名 <small>（ふりがな）</small>	（ ）	配偶者氏名 <small>（ふりがな）</small>	（ ）	
受療者生年月日	年 月 日 （ ）歳	配偶者 生年月日	年 月 日 （ ）歳	
調剤日	年 月 日 ～ 年 月 日			
保険診療に要した総得点	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（受療者分のみ記載）			備考
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
特 記 事 項				