

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

南丹市長 様

保険薬局
 所在地
 名称
 代表者
 電話番号

下記のとおり特定不妊治療（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		夫	年 月 日 (歳)	妻	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		
		点	円		
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
特 記 事 項					