

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

三豊市長 様

(保険薬局)

住所

名称

代表者

印

電話番号

(署名又は記名押印)

下記のとおり、処方箋に基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 患者氏名	夫	()		妻	()	
患者生年月日		昭・平	年 月 日		昭・平	年 月 日
処方箋交付 医療機関	医療機関名					
	所在地					
	医師名					
本人負担額の内訳	区 分	保 険 診 療 分		保 険 診 療 以 外 の 本 人 負 担 (領収) 金額		
		診療点数	本人負担金額			
	年 4 月分	点	円		円	
	年 5 月分	点	円		円	
	年 6 月分	点	円		円	
	年 7 月分	点	円		円	
	年 8 月分	点	円		円	
	年 9 月分	点	円		円	
	年 1 0 月分	点	円		円	
	年 1 1 月分	点	円		円	
	年 1 2 月分	点	円		円	
	年 1 月分	点	円		円	
	年 2 月分	点	円		円	
	年 3 月分	点	円		円	
合 計	点	円		円		