

特定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

(署名又は記名押印)

電話番号

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 生年月日	夫	年 月 日	妻	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金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	合 計	点	円	円