

第2号様式の2の3(第4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

八幡市長 様

保険薬局

所在地.....

名 称.....

代表者.....^印

電話番号.....

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) 治療を受けた人の氏名	夫	()	妻	()
生年月日及び今回の治療開始日時点の年齢		年 月 日(歳)		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
	年月	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
特記事項				

※この用紙は、特定不妊治療に係る薬剤を院外処方された場合にご利用ください。医療機関において調剤された場合は、「第2号様式の2(第4条関係)特定不妊治療医療機関証明書」において、治療行為と合算して証明できます。

※本人負担等の内訳欄は、月毎にまとめてご記入ください。