

第2号様式の2の3 (第2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

木津川市長 宛て

保険薬局  
所在地  
名称  
代表者  
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) 受療者氏名	夫	( )	妻	( )
受療者生年月日及び年齢		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
	区分	診療点数	負担金額	
		点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
特記事項				