

天童市不妊治療費助成事業受診等証明書
（薬局）

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。

年 月 日

保険薬局

所在地

名称

代表者

電話番号

印

記

受領者	(ふりがな) 氏名	受領者	()	配偶者	()
	生年月日 年齢		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
調剤期間 ※1		年 月 日 ~ 年 月 日			
本人負担額の 内訳	保険診療分			備考	
	区分	診療点数	本人負担額		
	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		
	合計		円		

※1 様式第2号の（主治医記載）に記載の治療期間における調剤期間とする。