

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

電話番号

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 10月分	点	円	円
	年 11月分	点	円	円
	年 12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	