

様式第2号の2 (第4条関係)

みなかみ町不妊治療費等助成事業保険薬局受診証明書

申請者 記入欄		(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住所	利根郡みなかみ町  電話 ( )	

上記の者について、下記のとおり不妊治療等にかかる調剤を実施するとともに、調剤費を領収したことを証明します。

年 月 日

保険薬局 記入欄	調 剤 費	保険診療総点数 ※1	点	
		(1) 保険診療適用における受診者負担額 ※2	円	
		(2) 保険診療適用外負担額	円	
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)	円	
	保険薬局の 住所・名称			㊟
	薬剤師氏名			㊟

- ・ 不妊治療等に要した費用について、医療機関と保険薬局を分けて、証明してください。
- ・ ※1及び※2について、不妊治療は該当しません。