

様式第2号の2（第4条関係）

みなかみ町不妊治療費助成事業 保険薬局受診証明書

* 下記の者について、下記のとおり不妊治療を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

平成 年 月 日

保険薬局の名称及び所在地

薬剤師氏名

印

薬剤師記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者 生年月日		年 月 日生		年 月 日生

保険薬局 記入欄	診療額	保険診療適用外 負担額	円
	保険薬局の住所・名称		
	印		

* 不妊治療に要した費用を医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。