

（あて先）京田辺市長

保険薬局等
所在地
名称
代表者
電話番号

㊦

不妊治療医療機関（薬局）証明書
（体外受精・顕微授精等）

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	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
受療者生年月日及び年齢				
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			
特記事項				