

様式第3号(第6条関係)

保険薬局用

まんのう町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

まんのう町長 様

(保険薬局)

所在地

名称

代表者



電話番号

(署名又は記名押印)

次のとおり、処方箋に基づいて調剤した薬剤を交付し、本人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		年 月 日		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)額
		診療点数	本人負担額	
	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	