

大桑村不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

大桑村長 宛

医療機関 所在地  
(調剤薬局) 名称  
代表者  
電話番号

印

次のとおり、不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

受診者氏名	夫	妻
生年月日	年 月 日	年 月 日

自己負担額の内訳

診療年月	診療点数	自己負担額 (保険適用分)
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
年 月	点	円
合計	点	円

※保険適用外の自己負担額の記入は不要です。

※薬局の証明の場合は、診療点数の欄の記入は不要です。