

松本市こうのとりの支援事業受診等証明書（院外薬局記載用）

下記の者について、保険適用となる不妊治療、保険適用回数終了後の体外受精又は顕微授精実施医療機関の院外処方調剤費として、下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称

所在地

代表者氏名

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
処方箋交付医療機関名				
今回の調剤期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の調剤の内容 ※該当する番号に○をつけてください	1. 保険診療で実施される不妊治療に係る院外処方調剤 2. 保険適用回数終了後の体外受精又は顕微授精に係る院外処方調剤			
本人負担額の内訳	区分	1. 保険診療分 本人負担額	2. 保険適用終了診療分 本人負担額	松本市記入欄 審査後確定額
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
	年 3月分	円	円	円
合計	円	円	円	

- この証明書を受ける方は、保険診療で実施される不妊治療、保険適用回数終了後の体外受精又は顕微授精を実施した医療機関発行の受診等証明書（様式第2号）を、調剤を受けた薬局へ提示して、「治療期間」に処方された調剤の医療費の証明を受けてください。
- 医療機関（薬局）は、当該患者に関して受診等証明書（様式第2号）の「治療期間」に行った不妊治療に係る費用のみご記入ください。
- 文書料等の調剤と直接関係ない費用は、含みません。