

第3号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書

- ・治療期間中に他市区町村から転入した場合は、夫婦両方が転入した日以降の負担額を記入してください。
- ・転入日が不明な場合は、市の不育症治療助成担当課へ問い合わせください。

阿賀野市長 様

| | | | | |
|----------------------|----------------------|-------------|-------|---------------------------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 調剤期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 | | | |
| 不育症治療に要した総点数 | 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 | | | ※不育症治療にかかわる負担額のみ記載してください。 |
| | 区分 | 調剤点数 | 負担金額 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| | 年 月分 | 点 | 円 | |
| 上記のとおり、領収したことを証明します。 | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | |
| 所在地 | 名称 | | 印 | |
| 保険薬局 | 電話番号 | | | |

| | | |
|------|-------------|------|
| 市記入欄 | (転入日) 年 月 日 | (備考) |
|------|-------------|------|