

様式第3号（第5条関係）

年度 自己負担支払証明書（薬局用）

【申請者の方が記入してください】

保険者番号		国・国組・社・健・共
保険者名称		
住 所	埼玉県比企郡ときがわ町大字	
氏 名		

【薬局の方が記入してください】

上記の方の内容				
	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担額②
		医療費総額	本人負担額①	
本人 負 担 額	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
合 計 ①+②		円		
以上のとおり、証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 薬局 住 所 名 称 電 話 <div style="text-align: right;">印</div>				

(注1)・・・この証明は不妊検査及び治療にのみ適用となります。

(注2)・・・この証明は、薬局ごとに記入ください。