

標茶町不妊治療費助成事業調剤等証明書

下記の者については、不妊治療を実施した主治医の処方箋により、下記のとおり調剤し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地

調剤薬局名

代表者氏名

印

調剤薬局記入欄

ふりがな 受診者名	生年 月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）		
処方箋交付医療機関				
調 剤 日	保険診療分		保険外調剤分 (自己負担額)	
	薬剤費総額	自己負担額		
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	

注)・不妊治療にかかった薬剤費用を記入してください。

・不妊治療外の薬剤費用、文書料は助成対象外ですので含まないでください。