

様式第7号(第6条関係)

不育症治療費助成事業調剤証明書

年 月 日

愛南町長 様

調剤薬局所在地
調剤薬局名
代表者氏名

印

不育症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。

調剤薬局記入欄

(ふりがな) 患者氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
処方箋交付医療機関名			
調 剤 月 区分	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～ 年 月 日	円	円	円

※不育症治療に要した薬剤費用を御記入ください。

※不育症治療外の薬剤費用及び文書作成料は、助成対象外のため記載しないでください。