

(薬局)

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

令和 年 月 日

山陽小野田市長 宛

住所
名称
薬剤師名
電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	()	男 女	生年月日	年	月	日
処方せん 交付医療機関	医療機関名					
	所在地					
	医師名					
	交付年月日					
調剤内容	調剤年月日					
	薬剤名					
	投薬日数					
	領収金額	円				

注) 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とする。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載すること。