

牟岐町不妊治療費助成事業受診等証明書（院外処方における調剤分）

以下のとおり、不妊治療に係る薬剤を処方し、本人負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

保険薬局の名称及び所在地

代 表 者 氏 名 印

受診者氏名		生年月日	年 月 日生
受診医療機関名		主治医氏名	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

※二重線の枠内は申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

調剤期間	年 月 日 ~		年 月 日	
本人負担額	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	合計		円	

主治医の処方箋による調剤のうち保険適用分の本人負担額のみ記入してください。