

錦町不妊治療費等助成事業薬局等証明書

年 月 日

錦町長 様

(薬局)

住所

名称

代表者

印

担当薬剤師

電話番号

次のとおり、処方箋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。

ふりがな			
氏名			
生年月日		年 月 日	
処方箋交付 医療機関		医療機関名	
処方月日	調剤月日	薬剤名（保険適用分のみ）	領収金額
			円
			円
			円
合計領収金額（保険適用分のみ）			円

注) 医療保険適用の調剤分のみ記載してください。記入枠が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。