

錦町特定不妊治療費助成事業保険薬局等証明書

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

錦町特定不妊治療費助成事業受診等証明書を作成した医療機関が同医療行為により交付する処方箋に基づいて、次のとおり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
			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。