

下松市不育症治療費調剤証明書

年 月 日

下松市長 様

(薬局)  
所在地  
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、これに係る医療費を領収したことを証明します。

記

患者氏名		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) 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費をいいます。