

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

下松市長 様

(薬局)

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	
患者生年月日	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、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。