

一般

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

和 木 町 長 様

(薬局)

住 所

名 称

代表者

印

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)	()		男 ・ 女
患 者 氏 名			
患 者 生 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、調剤済印を押印した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。