

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

宇部市長 様

(薬局)
住所
名称
電話番号
薬剤師名

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。