

(様式第4号)

宇部市不育症治療費調剤証明書

年 月 日

宇部市長 様

(薬 局)
住 所
名 称
薬剤師名
電話番号

印

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

(ふりがな) 患者氏名	()	
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します。

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してください。

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としてください。