

新篠津村不妊治療費助成事業調剤等証明書

次の者について処方された不妊治療に係る薬代等を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称 及び所在地	
調剤師氏名	印

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
住 所	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
処方箋を発行した 医療機関名				
今回の治療期間 <small>(医療機関の証明より転記)</small>	年 月 日 ~ 年 月 日			
領 収 金 額	[今回の治療期間中に処方された診療内の薬の自己負担額(注1)] 不妊治療に係る薬代(男性不妊治療を除く) <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">領収金額</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 円			
	男性不妊治療に係る薬代 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">領収金額</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 円			
限度額適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(注1) 限度額適用認定証の提示があった場合は、適用後の自己負担額を記載してください。
 (注2) 文書料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。