

藤崎町不妊症治療費等助成事業受診等証明書（薬局分）

下記のとおり、医療機関の発行する処方せんに基づき、保険診療に係る不妊症の医薬品を調剤し、これに係る一部負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地

電話番号

管理者氏名(自署) _____

薬局記入欄

調剤年月日	夫（氏名）		妻（氏名）	
	調剤報酬点数	一部負担金	調剤報酬点数	一部負担金
年 4月分	点	円	点	円
年 5月分	点	円	点	円
年 6月分	点	円	点	円
年 7月分	点	円	点	円
年 8月分	点	円	点	円
年 9月分	点	円	点	円
年 10月分	点	円	点	円
年 11月分	点	円	点	円
年 12月分	点	円	点	円
年 1月分	点	円	点	円
年 2月分	点	円	点	円
年 3月分	点	円	点	円
合計		円		円
領収金額合計	金 _____ 円			

※保険調剤に係る一部負担金が対象です。