

年 月 日

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

(宛先) 周南市長

(薬局)

住 所

名 称

薬剤師名

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		
	調剤名		
	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。