

不育症治療費調剤証明書

年 月 日

（宛先）周南市長

（薬局）

所在地

名 称

薬剤師名

⑩

電話番号

下記のとおり、処方箋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	()	男・女
患者生年月日	年 月 日	
処方箋 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(注1)	円

処方箋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箋の写しを添付することも可とします。ただし、処方箋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。
(注1) 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をいいます。