

## 藍住町不妊治療費助成事業院外処方調剤証明書

令和 年 月 日

藍住町長 殿

保険薬局

所在地

名称

電話番号

代表者氏名

印

主治医の処方箋に基づき、不妊治療に係る薬剤を処方し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

申告者（受診者）氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日
治療期間	令和 年 月 日 から令和 年 月 日まで		申請の種類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療
保険診療分				
処方年月日	領収金額（本人負担額）	処方年月日	領収金額（本人負担額）	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円	
自己負担額の合計	円			

※この様式は、全て薬剤師が記載して下さい。

## 【薬剤師様、薬局様へ証明書作成にあたってのお願い】

※主治医作成の藍住町一般不妊治療費助成事業医療機関証明書又は藍住町生殖補助医療費助成事業医療機関証明書に基づき、主治医の処方箋による薬剤のうち不妊治療に係る保険適用の薬剤分のみ記載してください。他の疾患治療目的で処方された薬剤等は除外して記載してください。