

様式第3号（第4条関係）

光市不育症治療費調剤証明書

年 月 日

光市長 様

(薬局)

所在地

名称

薬剤師名

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、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	
	薬剤名	
	投薬日数	
	領収金額	円

注) 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。