

高鍋町一般不妊治療費助成金給付薬剤支払証明書

下記の者については、次のとおり人工授精の治療に係る薬剤について、医療機関の処方せんにより調剤し、これに係る薬剤費(保険診療分)を徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地

薬局の名称 (印)

※薬局記入欄(太枠内以外は薬局が記入すること)

ふりがな 受診者氏名		夫			妻		
受診者生年月日			昭和 年 月 日(歳) 平成			昭和 年 月 日(歳) 平成	
処方せん交付医療機関名							
本人負担額の内訳	区 分(処方された月)		実費負担額(保険診療分)				
	年 4月分		円				
	年 5月分		円				
	年 6月分		円				
	年 7月分		円				
	年 8月分		円				
	年 9月分		円				
	年 10月分		円				
	年 11月分		円				
	年 12月分		円				
	年 1月分		円				
	年 2月分		円				
	年 3月分		円				
合 計			円				

注) 年度内(4月1日から翌年3月31日)に処方された人工授精の治療のための薬剤費のみ記入して下さい。