

不妊治療費等助成事業保険薬局等証明書

和水町長 様

年 月 日

(薬局)
住所
名称
薬剤師名
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、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記		
被保険者氏名	性別 （ 男 ・ 女 ）	
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	
	発行年月日	年 月 日
調剤内容	調剤年月日	
	薬剤名	
	領収金額	円
特記事項		

注 処方箋発行医療機関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する。
ただし、処方箋の写しに記載されていない項目は、必ず記載すること。