

様式第3号（第7条関係）

氷川町生殖補助医療費等助成事業薬局等証明書

年 月 日

氷川町長 様

（薬局等）

住 所

名 称

代表者

薬剤師名

電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医療に係る薬剤について、医療機関の処方箋に基づいて調剤した、これによる薬剤費を領収したことを証明します。

※太枠以外医療機関記入	氏名	生年月日
夫	ふりがな	年 月 日
妻	ふりがな	年 月 日
処方箋交付 医療機関名		
（ ）年度分 本人負担額の内訳 (保険適用の治療費のみ)	区分（診療月）	実費負担額※
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円

※生殖補助医療のために処方された薬剤以外の費用は含めない。