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　藤本　一臣　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 |
|  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。