

一般不妊治療費助成医療機関等証明書

年 月 日

（宛先）防府市長

（薬局）

所在地

名称

代表者

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、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

患者氏名			
患者生年月日	年 月 日		
処方せん 交付医療機関名			
調剤内容	調剤期間	年 月 日から	年 月 日まで
	薬剤名		
領収金額	円		

注）処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とする。