

様式第3号の2(第4条関係)

土佐清水市不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(保険薬局用)

年 月 日

土佐清水市長 様

(薬局)  
所在地  
名称  
薬剤師名  
電話番号

印

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

受診者	夫	(フリガナ) 氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	妻	(フリガナ) 氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日
処方せん交付医療機関	医療機関名		
	所在地		
	医師名		
	交付年月日		年 月 日
調剤内容	調剤年月日		年 月 日
	薬剤名		
	投薬日数		
	領収金額		

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。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は記載すること。