様式第３号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般のみ

**不妊治療費等助成事業保険薬局等証明書**

　　年　　月　　日

　産山村長　様

（薬局）

住所

名称

薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | |
| 患 者  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 |  |
| 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 | 日 |
| 領収金額 | 円 |

注）処方箋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。