

都城市不妊治療医療費等助成金交付薬剤支払証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療に係る薬剤について、医療機関の処方せんにより調剤し、これに係る薬剤費を徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称
所在地
代表者等氏名

* 薬局記入欄（太枠内以外は薬局が記入すること。）

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
処方せん交付医療機関名				
本人負担額の内訳	区 分 (処方された月)	本人負担額		
	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		
合計		円		

注 一般不妊治療のために処方された薬剤以外の費用は含めないでください。