

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、次のとおり不妊の原因を調べるための検査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（保険適用の内外に関わらない）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（保険適用の内外問わない）		
	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 不妊の原因を調べる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。