

都城市一般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、次のとおり人工授精の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

※署名を行う場合は、押印は不要です。

＊ 薬局記入欄（太枠内以外は薬局が記入すること。）

ふりがな 受 診 者 氏 名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
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 人工授精の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。