

様式第3号（第7条関係）

芦北町生殖補助医療費等助成事業薬局等証明書

令和 年 月 日

芦北町長 様

(薬局等)
住 所
名 称
代 表 者 印
薬剤師名
電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医療に係る薬剤について、医療機関の処方箋に基づいて調剤した、これによる薬剤費を領収したことを証明します。

※太枠以外医療機関記入	氏 名	生年月日
夫	ふりがな	年 月 日
妻	ふりがな	年 月 日
処方箋交付 医療機関名		
() 年度分 本人負担額の内訳	区分 (診療月)	実費負担額 ※
	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

※ 生殖補助医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

