

あさぎり町生殖補助医療費助成事業保険薬局等証明書

年 月 日

あさぎり町長 様

(薬局)

住所

名称

代表者

印

担当薬剤師

電話番号

あさぎり町生殖補助医療費助成事業受診等証明書を作成した医療機関が同医療行為により交付する処方箋に基づいて、次のとおり調剤した薬剤（保険適用分のみ）を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

ふりがな			
氏名			
生年月日		年 月 日	
処方箋交付 医療機関		医療機関名	
処方月日	調剤月日	薬剤名（保険適用分のみ）	領収金額
			円
			円
			円
			円
合計領収金額（保険適用分のみ）			円

注）医療保険適用の調剤分のみ記載してください。

記入枠が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。