

様式第3号（第6条関係）

西予市不妊治療費（保険適用分）調剤証明書

西予市長 様

年 月 日

調剤薬局所在地

調剤薬局名

代表者名

調剤薬局記入欄

不妊治療を実施した主治医の処方箋により、下記の通り調剤し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 患者氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所			
処方箋交付医療機関			
調剤月	保険診療分		保険外調剤分
	薬剤費総額	自己負担額	
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
合計	円	円	円

※不妊治療に要した薬剤費用をご記入ください。
不妊治療外の薬剤費用・文書料は、補助対象外ですので記載しないでください。