

不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る医療保険適用内外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

薬局の名称及び所在地

代表者名

印

薬局記入欄

（ふりがな） 氏 名	（ ）	生年 月日	年 月 日（ 歳）
領収月日（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額合計（※2）	¥ _____ 円（①+②の合計と一致すること）		

※1：領収月日については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の領収期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付して下さい。

【処方した医療保険適用内の薬剤費】

項 目	金 額
合 計（①）	

【処方した医療保険適用外の薬剤費】

区 分	項 目	実施の有無	金 額
治療	低容量アスピリン療法		
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）		
合 計（②）			