

豊中市不育症治療等助成事業受診等証明書(治療)薬局分

次のとおり、医療機関の発行する処方箋に基づき、不育症の治療にかかる医薬品を調剤し、これにかかる負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地

電話番号

管理者氏名

薬局記入欄

フリガナ			
受診者氏名	妻		夫
受診者生年月日 (検査開始日時点の年齢)		年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
治療期間 (医療機関分証明書と同一の期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療期間中に処方された不育症治療にかかる医薬品の自己負担金 助成対象:低用量アスピリン療法、ヘパリン療法(保険適用外)及びこれらの治療にかかる医薬品の費用			
調剤年月日	助成対象金額(保険適用外)		備考
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
/ /	円		
不育症治療費 (薬局分)合計	円		