

様式第3号(第6条関係)

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業(生殖補助医療【保険診療】)受診等証明書
(院外処方における調剤分)

次のとおり、不妊治療(生殖補助医療【保険診療分】)に係る薬剤を処方し、本人負担額を領収したことを証明します。

保険薬局の名称及び所在地 ○○薬局 □□市△△番地11

代表者氏名 徳島 三郎 (

申請者記入欄

	夫	妻
ふりがな	あわ たろう	あわ はなこ
申請者氏名	阿波 太郎	阿波 花子
生年月日	平成○年 ○月 ○日(○○ 歳)	平成□年 □月 □日(□□ 歳)
受診医療機関名	○○産婦人科	主治医氏名 徳島 太郎
治療期間	令和8年 4月 1日 ~	令和8年 6月 1日

保険薬局記入欄

※文書料等、直接治療に関係のない費用は、含めないでください。

1回目の治療の調剤期間	(開始)	令和8年 4月 1日 ~ (終了)	令和8年 6月 1日
調剤年月	自己負担額(窓口負担額)	調剤年月	自己負担額(窓口負担額)
令和8年4月分	1,500円	年 月分	円
令和8年5月分	2,700円	年 月分	円
令和8年6月分	500円	年 月分	円
合 計	4,700円		

回目の治療の調剤期間	(開始)	年 月 日 ~ (終了)	年 月 日
調剤年月	自己負担額(窓口負担額)	調剤年月	自己負担額(窓口負担額)
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
合 計	円		

回目の治療の調剤期間	(開始)	年 月 日 ~ (終了)	年 月 日
調剤年月	自己負担額(窓口負担額)	調剤年月	自己負担額(窓口負担額)
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
合 計	円		