

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

代表者氏名

⑩

申請者記入欄

	夫	妻
ふりがな		
申請者氏名		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
受診医療機関名		主治医氏名
治療期間	年 月 日 ~	年 月 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。

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

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