

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

薬局 所在地
 名称
 代表者名 _____ (印)

香美町不育症治療受診等証明書（薬局用）

下記の者は、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

薬局記入欄（代表者が記入すること）

ふりがな		生年	年 月 日
受診者氏名		月日	(歳)
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
領収金額	円		
治療内容	項 目	実施の有無	金 額
	低用量アスピリン療法		円
	へパリン療法（へパリン在宅自己注射及びへパリノイド又はダナパロイドナトリウムを使用するものを含む）		円

※ 薬局が発行した領収書等の写しを添付すること