

錦町不妊治療費助成事業保険薬局等証明書

年 月 日

錦町長 様

(薬局)

住所

名称

代表者

印

担当薬剤師

電話番号

下記のとおり、処方箋に基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

ふりがな		
氏名		
生年月日	年 月 日	
処方箋交付 医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
	交付年月日	年 月 日
調剤内容	調剤年月日	年 月 日
	薬剤名	
	投薬日数	日
	領収金額	円

注) 処方箋交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方箋の写しを添付することも可とする。ただし、処方箋の写しに記載されていない項目は必ず記載すること。