

様式第3号（第7条関係）

不育症治療費助成金に係る受診等証明書(薬局用)

年 月 日

薬局の名称及び所在地

代表者名 ㊞

下記の者については、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

(ふりがな) 氏 名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
領収年月日(※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計	_____ 円 (※2の合計と一致すること)		

備考

※1 領収年月日欄については、医師が記載する「不育症治療費助成金に係る受診等証明書」の治療期間内で該当する領収期間を記載してください。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区 分	項 目	実施の 有無	金額 (※2)
治療	低用量アスピリン療法		
	へパリン療法 (へパリン在宅自己注射) ※へパリノイド又はダナパロイドナトリウムによる治療を含む。		