

様式第3号（第7条関係）

一般不妊治療受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき調剤した一般不妊治療に係る薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

薬局

住所

名称

代表者氏名

印

薬局記入欄

|                 |         |               |       |               |
|-----------------|---------|---------------|-------|---------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名 | 夫       | ( )           | 妻     | ( )           |
| 受診者生年月日         |         | 年 月 日<br>( 歳) |       | 年 月 日<br>( 歳) |
| 処方箋交付<br>医療機関名  |         |               |       |               |
| 領収年月日 (※)       | 年 月 日 ~ |               | 年 月 日 |               |
| 領収金額            |         | 円             |       |               |

※ 領収年月日については、医師が記載する「一般不妊治療受診等証明書」の治療期間内で該当する領収期間を記載してください。