

上川町不妊治療費助成事業薬剤内訳証明書

下記の者について、次のとおり、医療機関の処方箋により一般不妊治療及び生殖補助医療に係る調剤を行い、本人負担を徴収したことを証明します。（医療保険各法適用分）

年 月 日

所在地  
名称  
代表者名

印

(フリガナ) 患者氏名	( )	年 月 日生( 歳)
処方箋交付医療機関名		

処方箋年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日
薬剤名	単価	数量	医療費総額
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
本人負担額小計	円		

処方箋年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日
薬剤名	単価	数量	医療費総額
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
本人負担額小計	円		

処方箋年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日
薬剤名	単価	数量	医療費総額
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
本人負担額小計	円		

処方箋年月日			調剤年月日			
年	月	日	年	月	日	
薬剤名			単価	数量	医療費総額	本人負担額
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
本人負担額小計						円

処方箋年月日			調剤年月日			
年	月	日	年	月	日	
薬剤名			単価	数量	医療費総額	本人負担額
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
本人負担額小計						円

処方箋年月日			調剤年月日			
年	月	日	年	月	日	
薬剤名			単価	数量	医療費総額	本人負担額
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
本人負担額小計						円

処方箋年月日			調剤年月日			
年	月	日	年	月	日	
薬剤名			単価	数量	医療費総額	本人負担額
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
			円		円	円
本人負担額小計						円