

年 月 日

（宛先）  
岩国市長 様

（薬局）所在地  
名称  
薬剤師名  
電話番号

不育症検査治療費調剤証明書

次のとおり処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る費用を領収したことを証明します。

|                   |         |       |
|-------------------|---------|-------|
| （ふりがな）<br>患者氏名    |         |       |
| 患者生年月日            | 年 月 日   |       |
| 処 方 せ ん<br>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     |

- ※ 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費としてください。
- ※ 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容の記入に代えて、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は、必ず記載してください。