

様式第3号（第5条関係）

一般・特定不妊治療受診等証明書（薬局用）

医療機関からの処方箋の交付に基づき、次のとおり不妊治療に係る調剤を行い、薬剤費を領収したことを証明します。

年 月 日

西脇市長 様

所在地 _____
 薬局名 _____
 代表者 _____ (印)

| 薬局記入欄 | | | |
|----------------|--|-------|--------------------------------|
| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 |
| 生年月日 | | 年 月 日 | |
| 処方箋交付 医療機関名 | | | |
| 領収年月日 | 年 月 日 ~ 年 月 日（一般不妊治療） 年 月 日 ~ 年 月 日（特定不妊治療） | | |
| 領収金額 | _____円 | 内訳 | 一般不妊治療 _____円 特定不妊治療 _____円 |

（注意事項）

- 1 保険診療となる不妊治療に係る金額を記入してください。
- 2 申請年度の前年度の1月から申請年度の12月までに領収した薬剤費について記入してください。