先進医療を実施しかつ、先進医療に伴う処方箋があった場合
調剤薬局に証明してもらう書類

様式第４号（第８条関係）

# 四国中央市不妊治療助成事業調剤証明書

年　　月　　日

四国中央市長　　様

住所
名称
代表者氏名
電話番号
（署名又は記名押印）

次の者から先進医療に伴う処方箋に基づいて調剤した薬剤を交付し、費用を領収したことを証明します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 妻（ふりがな）の氏名 | | 夫（ふりがな）の氏名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 治療期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | |
| 処方箋を交付した医療機関 | 医療機関名<br>所在地<br>医師の氏名 | | |
| 処方年月及び本人負担額 | 処方年月 | 本人負担額 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| | 年　　月分 | 円 | |
| 合計金額 | 円 | | |