

播磨町不育症治療費助成事業受診等証明書(薬局用)

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の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

播磨町長 様

薬局の名称及び所在地
代表者名 印

薬局記入欄			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名			
領収期間 （※ 1）	年 月 日 ～ 年 月 日		
薬剤名 及び 領収金額 （※ 1）	薬剤の種類等	領収金額	
		保険適用	保険適用外
	低用量アスピリン療法	円	円
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。また、ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）によるものを含む。）	円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
	領収金額 合計（A+B）	計（A）	計（B）
	円	円	

※ 1：領収期間及び領収金額合計については、年単位（1 月から 12 月）で記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※ 2：領収金額の一致する、治療期間内の領収書を別途添付してください。