

寒河江市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保険適用外の薬剤費及び保険給付が適応される低用量アスピリン療法及びヘパリン療法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

薬局の名称及び所在地

代表者名 印

電話番号 ()

薬局記入欄

(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
領収月日 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	金 _____ 円		

※1： 治療期間については当該年度の4月1日から3月31日までに於ける治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。