

様式第3号（第6条関係）

大分市不妊治療費助成事業薬剤支払証明書

次の者については、医療機関の処方箋により調剤し、次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

薬局の名称及び所在地

氏 名

Ⓜ

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
処方箋交付医療機関名				
調剤年月日	徴収年月日	徴 収 金 額		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
年 月 日	年 月 日	円		
合 計 金 額		円		

注) 医療保険適用外の調剤のみ証明して下さい。