

大分市不妊治療費助成事業薬剤支払証明書（独自助成分）

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。

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	( )
		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
受診者生年月日				
処方箋交付医療機関名				
調剤年月日	徴収年月日	全額自己負担と なった領収額 (※1)	うち保険適用 相当額分 (※2)	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
年 月 日	年 月 日	円	円	
合 計 金 額		円	円	

(※1) 医療保険適用外の薬剤処方により、本来、保険適用となるはずであった薬剤処方が全額自己負担となった場合において、患者が支払った金額を記載してください。

(※2) 患者が支払った全額自己負担の金額のうち、本来の保険適用相当額（保険外診療がなければ保険適用となった薬剤で、診療報酬点数に基づく算定額）を記入してください。