

薬剤内訳書（今治市不育症治療費助成事業）

年 月 日

（宛先）今治市長

所在地
名称
代表者氏名
電話番号

今治市不育症治療等実施医療機関証明書を作成した医療機関が同医療行為により交付する処方せんにより、次のとおり調剤したことを証明します。

記

患 者		夫		妻	
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
処方せん交付 医療機関名					
		保険適用分		保険適用外等	合 計 (領収金額)
処方月日	調剤月日	不育治療等に 要した費用 (助成対象)	不育治療に 直接関係のない費用		
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
計		円	円	円	円

（注） 記入枠が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。