別記様式第４号（第５条関係）　　**調剤薬局等用**

薬剤内訳書（今治市不妊治療費助成事業）

年　　月　　日

（宛先）今治市長

所　在　地
名　　称
代表者氏名
電 話 番 号

今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診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

		夫	妻
患者	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			

処方月日	調剤月日	保険適用分		保険適用外等	合　　計（領収金額）
		不妊治療等に要した費用（助成対象）	不妊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
		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）令和４年４月以降新たに医療保険適用の調剤のみ記載してください。

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。