

薬剤内訳書 (今治市不妊治療費助成事業)

令和5年 〇月 〇日

(宛先) 今治市長

所在地 今治市〇〇町〇-〇
名称 〇〇薬局
代表者氏名 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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

Table with columns for patient info (夫/妻), medical institution (〇〇産婦人科), and cost breakdown (処方月日, 調剤月日, 不妊治療等に要した費用, 不妊治療に直接関係のない費用, 保険適用外等, 合計). Includes a note box: 【例】 ※別紙参照 ・かぜ薬 ・保湿剤 など 不妊治療に直接関係のない費用はこちらに記入してください。(助成対象外)

※受診者ごとに1行ずつご記入ください。

金額は、3割負担(実際に領収した金額)をご記入ください。合計欄も記入してください。

(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。