様式第３号（第６条関係）

受給者番号							

（この欄は記入しないでください）

不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

薬局の名称及び所在地

代表者名　　印

薬局記入欄

(ふりがな) 氏　　名	（　　）	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
領収月日　（※１）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
領収金額合計　（※２）	金　　円　（※３の合計と一致すること）		

※１：領収月日については、当該年度の４月１日から、当該年度末の３月末までを対象とします。左記期間内の領収期間を記載してください。治療が終了していなくてもかまいません。

※２：領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付してください。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区　分	項　　目	実施の有無	金額（※３）
治療	低用量アスピリン療法		円
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）		円