

明石市不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療にかか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

薬局名

薬局の所在地

代表者氏名

（自署または記名押印）

●薬局記入欄（薬剤師が記入すること）

| | | | |
|-----------------|--------------------|----------|-----------|
| (フリガナ) 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 (※2) | 領収金額 円 (※3と一致すること) | | |

※1：治療期間については、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。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額が一致する治療期間内の領収書を添付してください。

【処方した保険適用外の薬剤費】 ※実施の欄には該当するものに○を記入してください。

| 区 分 | 項 目 | 実施の有無 | 金 額 |
|----------|---|-------|-----|
| 治療 | 低用量アスピリン療法 | | |
| | ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射） ※ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）によるものを含む。 | | |
| 合計金額（※3） | | | |