

山口市不育症治療費調剤証明書

年 月 日

山 口 市 長 様

(薬 局)  
住 所  
名 称  
薬剤師名 ※  
電話番号

(※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。)

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

記

患者氏名	(ふりがな)	( )	男・女
患者生年月日		年 月 日	
処方せん 交付医療機関	医療機関名		
	所在地		
	医師名		
	交付年月日		
調剤内容	調剤年月日		
	薬剤名		
	投薬日数		
	領収金額		円

注) 処方せん交付医療機関及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載してください。  
領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費としてください。

不育症

様式第3号（薬局）

記入例

山口市不育症治療費調剤証明書

〇年 〇月 〇日

山口市長様

(薬局)  
住所 山口市糸米二丁目6-6  
名称 糸米薬局  
薬剤師名 糸米 花子 ※  
電話番号 083-921-2666

(※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。)

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

記

患者氏名	(ふりがな)	( ほけん やすこ ) 保健 康子	男・女
患者生年月日		平成〇年 〇月 〇日	
処方せん 交付医療機関	医療機関名	糸米医院	
	所在地	山口市糸米二丁目6-6	
	医師名	糸米 太郎	
	交付年月日	〇年〇月〇日	
調剤内容	調剤年月日	〇年〇月〇日	
	薬剤名	〇〇〇〇	
	投薬日数	〇日	
	領収金額	〇〇,〇〇〇 円	

注) 処方せん交付医療機関及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載してください。  
領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費としてください。