

第2号様式（第6条関係）

善通寺市ゆりかご支援事業（生殖補助医療）受診等証明書（薬局用）

次の者について、生殖補助医療に係る薬剤について、医療機関の処方箋に基づいて調剤した、これによる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

善通寺市長 様

薬局 所在地
名 称
代表者氏名
T E L

対象者氏名（生年月日）		(年 月 日生)		
処方箋交付医療機関名				
治療（処方）年月	保険診療分		保険外診療分	
	診療点数	自己負担額	自己負担額	
年 月 分	点	円	円	円
年 月 分	点	円	円	円
年 月 分	点	円	円	円
年 月 分	点	円	円	円
年 月 分	点	円	円	円
年 月 分	点	円	円	円
自己負担額の合計		円		

※生殖補助医療のために処方された薬剤以外の費用は含めないでください。