

丹波市不育症治療費助成金に係る受診等証明書（薬局用）

年 月 日

丹波市長 様

薬 局 名 称
所 在 地
電 話 番 号
代 表 者 名

印

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。

薬局記入欄

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

※1：領収年月日については、当該年度の4月1日から3月31日までを対象とします。対象期間内の治療期間を記載ください。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 (※2)
治療	低用量アスピリン療法	有・無	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射） ※ヘパリノイド（ダナロイドナリウム）を含む。	有・無	