

## 下関市一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

下関市長 様

(薬局)  
住所  
名称  
薬剤師名  
電話番号

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、被保険者負担額を領収したことを証明します。

## 記

(ふりがな)	( )	
受診者氏名	男・女	
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

- \* ) 治療をした日の属する年度(4月1日～3月31日まで)内の内容を記入してください。  
処方せん交付医療機関欄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する。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すること。