

第2号様式の2（第6条関係）

柏崎市不妊治療調剤薬局証明書

下記の者について、不妊治療実施医療機関の院外処方調剤として、下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

柏 崎 市 長 様

所在地
名 称
代表者氏名



薬局記入欄

氏 名 生 年 月 日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
処方箋交付 医療機関名				
投薬に要した費用（医療保険各法の適用を受ける投薬） 年 月分 ～ 年 月分 自己負担額 円				

注

- この証明書を受ける方は、不妊治療を実施した医療機関発行の受診証明書（第2号様式）を、調剤を受けた保険薬局へ提示して、「今回の治療期間」に処方された調剤の医療費の証明を受けてください。
- 上記投薬に係る領収額及び費用の明細を確認できる保険薬局が発行した書類(明細書など)を添付してください。