

様式第3号（第5条関係）

不育症治療等支援事業受診等証明書（薬局用）

次の者について、主治医の処方に基づき、不育症の治療にかかる医療保険適用外の薬剤費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地
代表者氏名

㊟

薬局記入欄

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

※1 領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付してください。

【処方した医療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		
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。また、ヘパリノイドを使用するものを含む。)		