

## 鹿児島市不妊治療費助成事業受診等証明書（薬局分）

下記のとおり、医療機関の発行する処方せんに基づき、保険診療に係る不妊症の医薬品を調剤し、これに係る一部負担金を領収したことを証明します。

**※妊娠後の薬は対象外**

(ふりがな) 受診者氏名	夫 ・ 妻		生年月日	年 月 日
-----------------	-------------	--	------	-------

年月	日付	薬局名	調剤報酬点数	自己負担額	徴収印
年 月			点	円	
			点	円	
			点	円	
年 月			点	円	
			点	円	
			点	円	
年 月			点	円	
			点	円	
			点	円	
年 月			点	円	
			点	円	
			点	円	
年 月			点	円	
			点	円	
			点	円	

領収金額合計

円

（鹿児島市記入）

※上記の欄で足りない場合は、裏面に記入してください。

