様式第２（その２）（第５条関係）

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  （ふりがな） 受診者氏名 | 夫・妻 | 0　 | 生年月日 | 年　 　　　　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 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |