

## 伊丹市不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記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  
電話番号  
代表者名

印

### 薬局記入欄

(ふりがな) 氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
領収月日(※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	_____ 円 (※3の合計と一致すること)		

※1：領収月日については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の領収期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収期間内の領収書を別途添付して下さい。

**【処方した保険適用外の薬剤費】**

区分	項目	実施の有無 どちらかに○印	金額(※3)
治療	低用量アスピリン療法	有・無	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。また、ヘパリンノイド（ダナパロイドナトリウム）を使用するものを含む。）	有・無	