様式第3号（第5条関係）

加古川市不妊症検査・治療実施証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不妊症治療に係る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

加古川市長 様

薬局の名称及び所在地

代表者名

（自署又は記名押印）

薬局記入欄			
受診者	夫	(フリガナ) 氏名	(フリガナ) 氏名
		昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
領収年月日		年 月 日 ~ 年 月 日 (1月～12月で記入してください。※1)	
領収金額		円 (1月～12月で記入してください。※2)	

※1：1月から12月までの領収分を同年4月1日から翌年3月31日までの間に申請してください。

※2：文書料その他不妊症治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区 分	項 目	実施の有無	金 額
治療	低容量アスピリン療法	有・無	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）※3	有・無	

※3：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。）

※4：実施の有無についてどちらかに○をしてください。実施の場合は必ず金額を記入してください。