

様式第3号（第5条関係）

加古川市一般不妊治療受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、一般不妊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。

令和 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	妻	(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：医療保険適用の内外問いません。ただし、特定不妊治療にかかる検査・治療は対象外です。

サプリメント、文書料その他一般不妊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。