

長野市生殖補助医療に係る医薬品内訳証明書（院外薬局記載用）

年 月 日

所在地  
名称  
代表者氏名

次の者については、生殖補助医療実施医療機関の院外処方の調剤として、次のとおり領収したことを証明します。

医療機関（薬局）記載欄

ふりがな 対象者氏名		夫		妻	
処方箋交付医療機関名					
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円

注

- 1 この証明書を受ける方は、生殖補助医療を実施した医療機関発行の受診等証明書（様式第2号）を、調剤を受けた保険薬局へ提示して、「治療期間」に処方された調剤の医療費の証明を受けてください。
- 2 医療機関（薬局）は、医療保険の適用となる調剤のみを証明してください。