様式第 2-2 号

受給者番号					

（この欄は記入しないでください）

育

西宮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
代表者名

薬局記入欄

（ふりがな） 氏　　名	（　　）	生年 月日	昭和 平成　　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。治療が終了していなくてもかまいません。

※2　：　**下記の領収金額の内訳に**、この治療に該当する領収書の年月日及び金額をご記入の上、領収書を別途添付してください。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区　分		項　　目	実施の有無	金額（※3）
②	治療	低用量アスピリン療法		
		ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射含む）		

領収金額の内訳

西宮市不育症治療支援事業受診等証明書(様式第 2-2 号)の作成の際にご活用いただくと受付時の確認が円滑となり、医療機関・薬局への問い合わせ等の軽減にもつながりますので、ご協力よろしくお願いいたします。

領収年月日	領収金額	うち、不育症にかかる金額	備考
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
合計	円	円(※3)	