別記第３号様式（第８条第１項関係）

滝川市特定不妊治療費助成事業調剤等証明書

下記の者について処方された特定不妊治療に係る薬代等を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

薬局の名称
及び所在地

調剤師氏名　　印

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td>（　　）</td><td rowspan="2">妻</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日（　歳）</td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>処方箋を発行した医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>今回の治療期間
（医療機関の証明より転記）</td><td colspan="4">年　月　日 ～　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>領収金額</td><td colspan="4">〔今回の治療期間中に処方された保険診療内の薬の自己負担額（注1）〕
特定不妊治療に係る薬代（男性不妊治療を除く）　領収金額　　円
男性不妊治療に係る薬代　領収金額　　円
本調剤等証明書の発行手数料　領収金額　　円</td></tr>
<tr><td>限度額適用の有無</td><td colspan="4">□有　□無</td></tr>
</table>

（注１）限度額適用認定証の提示があった場合は、適用後の自己負担額を記載してください。