姫路市卵子凍結費用助成事業に係る証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、卵子凍結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

（ふりがな） 氏　　名	（　　）	生年 月日	年　月　日（　歳）
領収月日	年　月　日 ～		年　月　日
領収金額合計	￥　　円	（※1の合計と一致すること）	

領収金額の一致する領収期間内の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】　卵子凍結に係るもののみご記入ください。

領収月日	薬剤名	金額　※1