

第5号様式（第5条関係）

薬剤内訳書（新居浜市特定不妊治療費助成事業）

年 月 日

新居浜市特定不妊治療費助成事業受診等証明書を作成等した医療機関が同医療行為により
 交付する処方せんにより、次のとおり調剤したことを証明します。

所在地

名称

代表者氏名

印

(ふりがな) 患者氏名 生年月日		()		()	
		年 月 日生		年 月 日生	
処方せん交付 医療機関名					
処方月日	調剤月日	薬剤名等	医療費総額 (調剤料・薬剤料)	窓口支払額	
			円	/	
			円		
			円		
	/	調剤基本料	円		
		薬学管理料	円		
		消費税	円		
小計			円	円	
処方月日	調剤月日	薬剤名等	医療費総額 (調剤料・薬剤料)	窓口支払額	
			円	/	
			円		
			円		
	/	調剤基本料	円		
		薬学管理料	円		
		消費税	円		
小計			円	円	
合計金額			円	円	

(注) 令和4年4月以降新たに医療保険適用の調剤のみ記載してください。

記入枠が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。