

薬剤内訳証明書

年 月 日

所在地
調剤薬局 名称
代表者氏名

印

医師の処方せんにより、下記のとおり調剤したことを証明します。

記

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日

処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円

(注) 医療保険診療一部負担及び医療保険適用外負担のいずれも調剤のみ証明してください。