

薬剂内訳証明書

年 月 日

所在地
調剂薬局 名称
代表者氏名

印

医師の処方箋により、下記のとおり調剂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	調剂年月日	薬剂名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剂年月日	薬剂名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剂年月日	薬剂名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小計金額					円
処方年月日	調剂年月日	薬剂名	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剂のみ証明してください