

薬剤内訳証明書

医療機関の処方せんにより、下記のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

所在地
 名 表 称
 代 表 者

印

記

患者氏名（生年月日）		(年 月 日)		(年 月 日)	
処方せん交付医療機関名					
処方月日	調剤月日	薬 剤 名		金 額	
小 計 金 額				円	
上記の内消費税額				円	
処方月日	調剤月日	薬 剤 名		金 額	
小 計 金 額				円	
上記の内消費税額				円	
処方月日	調剤月日	薬 剤 名		金 額	
小 計 金 額				円	
上記の内消費税額				円	
処方月日	調剤月日	薬 剤 名		金 額	
小 計 金 額				円	
上記の内消費税額				円	
合 計 金 額				円	
上記の内消費税額				円	

(注) 医療保険適用外の調剤のみ証明してください。
 おかかりの医療機関へ提出してください。