

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

名称

代表者

⑩

記

患者氏名(生年月日)		夫	(年 月 日)		
		妻	(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	単価	数量	金額
					円
					円
					円
					円
消費税額					円
小計金額					円
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
					円
					円
					円
					円
消費税額					円
小計金額					円
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
					円
					円
					円
					円
消費税額					円
小計金額					円
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
					円
					円
					円
					円
消費税額					円
小計金額					円
合計金額					円

(注) 医療保険適用外の調剤のみ証明してください。