

様式第3号(第6条関係)

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 _____

記

患者氏名(生年月日)夫		(年 月 日)			
患者氏名(生年月日)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
			円		円
			円		円
小 計 金 額					
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					
処方月日	調剤月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					
合 計 金 額					

(注) 医療保険適用外の調剤のみ証明してください。