

薬剤内訳証明書（院外処方薬局用）

医師の処方により、次のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

所在地

調剤薬局名称

代表者氏名

印

氏名 <small>（ふりがな）</small>		（ ）	
生年月日		年 月 日（ 歳）	
処方箋交付医療機関			
処方 年月日	調剤 年月日	薬剤名	金額(消費税込)
年	年		円
月 日	月 日		
処方 年月日	調剤 年月日	薬剤名	金額(消費税込)
年	年		円
月 日	月 日		
処方 年月日	調剤 年月日	薬剤名	金額(消費税込)
年	年		円
月 日	月 日		
			総額
			円

※不育症治療のために処方された薬剤以外の費用は含めないで下さい。