

薬剤内訳証明書

下記の者の医療機関の処方箋による薬剤(医療保険適用外の調剤のみ)について証明します。

年 月 日 所在地

名 称

代表者名

印

記

受診者氏名					
処方箋医療機関					
処方箋年月日	調剤年月日	調剤名	単価	数量	金額
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
消費税額					
小計金額					
処方箋年月日	調剤年月日	調剤名	単価	数量	金額
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
消費税額					
小計金額					
処方箋年月日	調剤年月日	調剤名	単価	数量	金額
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
年 月 日	年 月 日				
消費税額					
小計金額					
合計金額					