

薬剤内訳証明書 (院外保険薬局用)

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

(ふりがな) 氏名		( )	
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

※不妊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。