

様式第3号（第4条関係）

薬剤内訳証明書

医療機関の処方箋により、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

印

記

患者氏名					
生年月日	年 月 日生			年 月 日生	
処方箋交付医療機関名					
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
医療保険適用外本人負担額合計（領収額）					円

注 医療保険適用外の調剤のみを証明してください。