

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

㊞

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
本人負担額合計（領収額）					円

注 保険診療適用及び医療保険適用外の自己負担額の調剤のみを記入をしてください。