

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

調剤薬局名称

代表者氏名

記

(ふりがな) 氏名	夫	() 年 月 日	妻	() 年 月 日
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日
処方年月日	調剤年月日	薬 剤 名		金額 (消費税含む)
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
月 年 日	月 年 日			円
総 額				
				円