

## 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

印

記

(ふりがな) 氏 名 生 年 月 日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
処方年月日	調剤年月日	薬 剤 名	金 額 (消費税込)	
年 月 日	年 月 日		円	
処方年月日	調剤年月日	薬 剤 名	金 額 (消費税込)	
年 月 日	年 月 日		円	
処方年月日	調剤年月日	薬 剤 名	金 額 (消費税込)	
年 月 日	年 月 日		円	
				総 額
				円