

## 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		妻	
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	