

薬剤内訳証明書

患者氏名			
薬剤名	単価	数量	金額
	円		円
計			円
自己負担額			円
医師の処方せんに基づき上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 調剤薬局 代表者氏名 ⑩ 電話番号			

領収書添付欄
