

様式第3号（第5条関係）

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
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>調剤薬局 代表者氏名 ⑩</p> <p>電話番号</p>			

<p>領収書添付欄</p>
