

第3号様式(第6条関係)

薬 剤 内 訳 証 明 書

年 月 日

津久見市長 様

所在地  
名 称  
代表者

医療機関の処方せんにより、次のとおり調剤したことを証明します。

患者氏名 (生年月日)	夫	( 年 月 日)	妻	( 年 月 日)	
処方せん交付医療機関名					
処方年月日	調剤月日	薬 剤 名	単 価	数 量	金 額
小 計 金 額					
処方年月日	調剤月日	薬 剤 名	単 価	数 量	金 額
小 計 金 額					
処方年月日	調剤月日	薬 剤 名	単 価	数 量	金 額
小 計 金 額					
処方年月日	調剤月日	薬 剤 名	単 価	数 量	金 額
小 計 金 額					
合 計 金 額					

(注) 保険診療適用及び医療保険適用外の自己負担額の調剤のみを記入をしてください。