

調 剤 内 容 証 明 書

被 保 険 者	氏 名						
	男・女	年 月 日生					
病 院 又 は 診 療 所	所在地					保 険 医 の 氏 名	
	名 称						
処方月日	調剤月日	剤 型	処 方	点 数	数 量	請 求 点 数	
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料			点
・	・			薬 剤 料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料			
・	・			薬 剤 料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料			
・	・			薬 剤 料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料			
・	・			薬 剤 料			
・	・			計			
・	・						
処方せん受付回数		回		調 剤 基 本 料			
				指 導 料			
				合 計			
				決 定 点 数	点		
				薬 剤 一 部 負 担 金 額	円		
上記のとおり証明します。							
年 月 日				保 険 薬 局 名			
				所 在 地			
				担 当 薬 剤 師 の 氏 名			
				印			