

調 劑 明 細 証 明 書 (年 月分)

療養者氏名		生 年 月 日		性 別	職務上の事由				
		明・大・昭 ． ． 生		男 ・ 女	1 職務上		2 下船後3月以内	3 通勤災害	
所在地及び医療機関の名称	保 險	1				6			受 付 回 数
	在 地	2				7			
	医 療	3				8			
	機 関	4				9			
	の 名 称	保 險 医 氏 名	5				10		

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		薬剤数量	調 剤 報 酬		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
					円			円

摘要		調 剤 基 本 料	円
		時 間 外 等 加 算	円
		薬 学 管 理 料	円
		合 計	円

上記のとおり**自費診療扱い**で調剤したことを証明します。

郵便番号 —

所在地

電 話

名 称

薬 局

薬剤師名

年 月 日

※調剤薬局の方へのお願い ○調剤内容内訳については月毎に記入してください。 ○保険扱いの場合は証明しないでください。