

様式第4号 (第6条関係)

薬剤内訳書

| 患者氏名 | | | |
|--------------------------------|----|----|----|
| 薬剤名 | 単価 | 数量 | 金額 |
| | 円 | | 円 |
| | 円 | | 円 |
| | 円 | | 円 |
| | 円 | | 円 |
| | 円 | | 円 |
| | 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 | | | |
| 調剤薬局所在地 | | | |
| 名 称 | | | |
| 代表者氏名 | | | |
| 電話番号 | | | |

領収書添付欄