第3号様式（第6条関係）

薬剤内訳証明書

医療機関の処方せんにより、下記のとおり調剤したことを証明します。

年　　月　　日

所在地
名　称
代表者　　㊞

記

患者氏名 （生年月日）		年　　月　　日	年　　月　　日
処方せん交付医療機関名			
処方月日	調剤月日	薬剤名	金額
小計金額			円
上記のうち消費税額			円
処方月日	調剤月日	薬剤名	金額
小計金額			円
上記のうち消費税額			円
処方月日	調剤月日	薬剤名	金額
小計金額			円
上記のうち消費税額			円
処方月日	調剤月日	薬剤名	金額
小計金額			円
上記のうち消費税額			円
合計金額			円
上記のうち消費税額			円

（注）医療保険適用外の調剤のみ証明してください。
　　おかかりの医療機関へ提出してください。