

薬剤内訳書（西条市不育症治療費補助金）

西条市不育症治療費補助金受診等証明書を作成した医療機関が同医療行為により交付する処方せんにより、次のとおり調剤したことを証明します。

所 在 地
名 称
代表者氏名

記

受 診 者		夫	妻	
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）	
処方箋交付医療機関名				
処方年月日	調剤年月日	薬剤名等	医療費総額 （調剤料・薬剤料）	窓口支払額
			円	
			円	
			円	
		調剤基本料	円	
		薬学管理料	円	
		消 費 税	円	
小 計			円	円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名等	医療費総額 （調剤料・薬剤料）	窓口支払額
			円	
			円	
			円	
		調剤基本料	円	
		薬学管理料	円	
		消 費 税	円	
小 計			円	円
合 計 金 額			円	円

【注意事項】

- ・ 医療保険適用外の調剤のみ記載してください。
- ・ 記入欄が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。