

療養費支給申請するとき自費で薬代を支払った場合は、保険薬局よりこの明細書に証明を受けてください。

調 剤 (領 収) 明 細 書

【記入上のお願い】 調剤報酬明細書に準じて記載してください。

患者氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日		受付回数		回		
医療機関				保険医氏名		1 2 3				
医師 番号	処方 月日	調剤 月日	処 方		調剤数 量	調 剤 報 酬 点 数 点				
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法			単 位 薬 剤 料 点	調剤料	薬剤料	加算料	
摘 要										
基本料		点		時間外		点		管理料		点
合 計		円				点				

上記のとおり調剤（領収）いたしました。 平成 年 月 日

保険薬局の所在地：

連絡先： ()

名 称：

薬剤師の氏名・印：