

## 診療報酬（調剤）領収済証明書

療養者氏名		生年	性別	医師名			
		昭・平・令 年生	男・女				
医療機関		所在地					
		名称					
処方 月日	調剤 月日	処 方		調剤 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	円	円
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
※ 投薬内容 内 服                                 種類×                                 日分 種類×                                 日分 種類×                                 日分 屯 服                                 種類×                                 回分 外 用                                 種類×                                 回分							
処方せん受付回数		回	調剤基本料		円		
摘要			薬学管理料		円		
			合計		円		
上記の金額は、自費診療扱いで領収済であることを証明します。 令和 年 月 日   郵便番号 (     —     )							
薬 局				所在地	TEL		
				名 称			
				氏 名			

**調剤薬局におねがい。**  
 ○調剤内容内訳については月毎にレセプト同様記入してください。  
 ○保険扱いの場合は証明しないでください。