

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		薬剤調製料 調剤管理料	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				投薬特別指導料		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（ — ） 所在地 薬 局 名 称 氏 名 TEL									

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。