

薬剤内訳書（今治市不妊治療費助成事業）

令和〇年 〇月 〇日

（宛先）今治市長

所在地 今治市〇〇町〇-〇

名称 〇〇薬局

代表者氏名 〇〇 〇〇

今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診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。

（ふりがな） 患者氏名 生年月日		（ いまばり はなこ ） 今治 花子		（ ）		
処方せん交付 医療機関名		〇〇産婦人科				
処方月日	調剤月日	薬剤名等	単価	数量	金額	
7/1	7/1	〇〇〇〇	調剤料	〇〇円	〇〇	〇〇〇円
			薬剤料	〇〇円	〇〇	〇〇〇円
			調剤料	円		円
			薬剤料	円		円
			調剤料	円		円
		調剤料	円		円	
		薬剤料	円		円	
調剤加算					〇〇〇円	
薬学管理料					〇〇〇円	
消費税					〇〇〇円	
小計金額					〇〇〇〇円	
処方月日	調剤月日	薬剤名等	単価	数量	金額	
			調剤料	円		円
			薬剤料	円		円
			調剤料	円		円
			薬剤料	円		円
			調剤料	円		円
		調剤料	円		円	
		薬剤料	円		円	
調剤加算					円	
薬学管理料					円	
消費税					円	
小計金額					円	
合計金額					〇〇〇〇円	
領収済額					〇〇〇〇円	

（注）令和4年4月以降新たに医療保険適用の調剤のみ記載してください。

記入枠が不足する場合は、複数枚に記入しても構いません。