

薬剤内訳書 (愛媛県特定不妊治療費助成事業)

特定不妊治療費助成事業受診等証明書又は特定不妊治療実施報告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、下記のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

所在地

名称

代表者氏名

記

(ふりがな) 患者氏名 生年月日		() 年 月 日生 (歳)	() 年 月 日生 (歳)		
処方せん交付 医療機関名					
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
		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
処方月日	調剤月日	薬剤名	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
		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					円
領 収 済 額					円

(注) 医療保険適用外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。