

札幌市不育症治療費助成事業薬剤内訳証明書

医療機関の処方箋により、下記のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

名 称
所在地
代表者

⑩

患者氏名 (生年月日) _____ (昭・平 年 月 日)

処方箋交付医療機関名 _____

処方年月日	平成 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日
	薬 剤 名	単価	数量 金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
小 計 金 額			円

処方年月日	平成 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日
	薬 剤 名	単価	数量 金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
小 計 金 額			円

処方年月日	平成 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日
	薬 剤 名	単価	数量 金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
小 計 金 額			円

処方年月日	平成 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日
	薬 剤 名	単価	数量 金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
小 計 金 額			円

合 計 金 額	円
---------	---