

札幌市特定不妊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

㊟

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 | 年 月 日 | 調剤年月日 | 年 月 日 |
|---------|-------|-------|-------|
| 薬剤名 | | 単価 | 数量 金額 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |
| 小 計 金 額 | | | 円 |

| 処方年月日 | 年 月 日 | 調剤年月日 | 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 | 年 月 日 | 調剤年月日 | 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 | 年 月 日 | 調剤年月日 | 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 |
|---------|---|