

様式第19号の(3) (第35条関係)

調 剤 内 容 証 明 書

被 保 険 者	氏 名					
	男・女	年 月 日生				
病 院 又 は 診 療 所	所在地					保 険 医 の 名 称
	名 称					
処方月日	調剤月日	剤 型	処 方	点 数	数 量	請 求 点 数
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料	点	
・	・			薬 剤 料		
・	・			計		
・	・					
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料		
・	・			薬 剤 料		
・	・			計		
・	・					
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料		
・	・			薬 剤 料		
・	・			計		
・	・					
・	・	内 服 頓 服 注 射 外 用		調 剤 料		
・	・			薬 剤 料		
・	・			計		
・	・					
処方せん受付回数		回		調 剤 基 本 料		
				指 導 料		
				合 計		
				決 定 点 数	点	
				薬 剤 一 部 負 担 金 額	円	
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;"> 保険薬局名 所 在 地 担当薬剤師の氏名 </p> <p style="text-align: right;">⑩</p>						