薬剤師が証明する欄

立替払用

領収（調剤）明細書

【調剤】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
医療機関の所在地及び名称		医師氏名	1. 2. 3. 4. 5.	処方せん受付回数	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方 単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	調剤報酬点数 薬剤料	調剤報酬点数 加算料	公費分点数
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
摘要									

調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料	合計	
点	点	点		円 減額　割（円）免除・支払猶予 （上記のうち公費負担額　円）

上記のとおり領収（調剤）いたしました。

令和　年　月　日

薬局の所在地
薬局の名称
薬局の電話番号
薬剤師の氏名　㊞

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。