療　養　明　細　書　（　調　剤　）

氏名	（男・女）　年　月　日生	平成・令和　年　月分 （　日～　日）	
医療機関名		保険医氏名 1 2 3 4 5 6 7 8 9	診療開始日　年　月　日 診療実日数　日（　日） 転帰　治ゆ　死亡　中止

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数　点		
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料点		調剤料	薬剤料	加算料
適要								

合計	点	領収金額	円	基本料	時間外 点　点	薬学管理料 点

上記のとおり調剤，領収したことを証明します。

令和　年　月　日

保険薬局の所在地
及び名称　　印

電話番号