様式第32号(第37条関係)

調剤内容証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名 | 　 | 　 |
| 男・女 | 年　　月　　日 |
| 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 | 　 | 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 |
| 　上記のとおり証明します。　　　　　　年　　月　　日保険薬局名　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　担当薬剤師の氏名　　　　　　　　　　印　 |