

診療証明書

年 月分

調剤

住所	河内長野市	特記事項
氏名	男 / 女 生	

職務上の事由 1. 職務上 2. 下船後3月以内 3. 通勤災害 受付回数 回

所 在 地 医 療 機 関 名 称 の	保 険 医 氏 名	1 2 3 4 5 6 7
------------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------

医師 番号	処方 月日	調剤 月日	処 方		調剤 数量	調剤報酬点数		公費分 点数
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料 加算料	
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						

適
用

(注意)

1. 薬名、注射名及び使用量は必ず記載して下さい。
2. 官公立病院の場合は、病院長名、病院長公印で証明して下さい。
3. 訂正するときには必ず訂正印を押印して下さい。

合計点数	点
領収金額	円

上記のとおりであることを証明する。
年 月 日

薬剤師 住所
氏名

