

被災児童等 生徒等		氏名				男	平成 令和			年			月			日生		
						女												
保険医療機関の 所在地及び名称					保険 医氏名	1. 6.				受 付 回 数	回							
						2. 7.												
						3. 8.												
						4. 9.												
						5. 10.												
処方月日	調剤月日	処 方				調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数											
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位薬剤料			調剤料		薬 剤 料		加 算 料							
・	・					点	点		点		点							
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
摘要																		
合計				点	調剤基本料 点		時間外等加算 点		指 導 料 点									
上 記 の と お り で す。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏 名																		
※ 決 定		10円× 点 × $\frac{4}{10}$ = 円																

【お願い】 上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください（*該当する項目に○をつけてください。）。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者	(利用している制度がない 場合はその他に記入)	その他()
学校(園)		
設置者	自己負担額	
保険薬局	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円