



調剤薬局証明書欄

投薬に要した費用（保険適用額の本人負担分）

年 月分 ～ 年 月分 合計 円

〈各月明細〉		保険診療分
氏名 (1)	年 月分	円
	計	円
氏名 (2)	年 月分	円
	計	円
合計		円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

調剤薬局 名称

氏 名

(あて先) 燕市長

