

対象者氏名				生年月日	年	月	日
処方箋を交付した医療機関	名称						
	医師						
対象者負担額	販売月	対象者負担額	販売月	対象者負担額	販売月	対象者負担額	
	月分	円	月分	円	月分	円	
	月分	円	月分	円	月分	円	
	月分	円	月分	円	月分	円	
	月分	円	月分	円	月分	円	
	合計				円		
特記事項							