

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

殿

下記のとおり請求する。

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

令和 年 月 日

保険者番号					県番号		薬局コード					表別		
					1	1							調剤	4

		給付割	件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
国民健康保険	一般被保険者	請求	8				
	(70歳以上一般・低所得)	※決定	8				
	一般被保険者	請求	7				
	(70歳以上7割)	※決定	7				
	一般被保険者	請求	7				
		※決定	7				
	一般被保険者 (6歳)	請求	8				
		※決定	8				
	退職者 本人	請求	7				
		※決定	7				
	被扶養者	請求	7				
		※決定	7				
6歳	請求	8					
	※決定	8					

公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		円	退職者	件数	
		金額				金額	

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

殿
下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

広域連合の番号				県番号		薬局コード						表 別		
3	9			1	1								調 剤	4

		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備考
後期高齢者医療	後期高齢 一般・低所得	請求			/	
		※決定			/	
	後期高齢7割	請求			/	
		※決定			/	

公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。