

※次項からの「調剤請求書の記入上の注意」と併せてご確認ください。

令和 年 月 分 調剤報酬請求書

→ 調剤年月をご記入ください。

保険者
保険者名をご記入ください。
 殿
 下記のとおり請求する。

**請求年月日
 をご記入ください。**

保険薬局の
 所在地及び名称
 電話番号
 開設者氏名
**保険薬局の所在地及び名称・電話番号・
 開設者氏名をご記入ください。**

令和 年 月 日

保険者番号	県番号	薬局コード	表別
保険者番号をご記入ください。	1 1	薬局コードをご記入ください。	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	①			
	(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				
	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	②			
	※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	円
		金額			金額	

特別療養費 ③ 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

調剤年月をご記入ください。

広域連合名をご記入ください。

下記のとおりに請求する。

請求年月日をご記入ください。

保険薬局の所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

保険薬局の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名をご記入ください。

令和 年 月 日

広域連合の番号	県番号	薬局コード	表別
3 9 県番号をご記入ください。	1 1	医療機関コードをご記入ください。	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	①				
		※決定					
	後期高齢7割	請求					
		※決定					
公費負担医療	公費負担医療名または公費負担医療番号または公費負担医療番号をご記入ください。	請求	②				
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

特別療養費 件 ③ 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。

調剤請求書の記入上の注意

請求書は、貴保険薬局からご提出いただく全レセプトについて、請求先(保険者・後期高齢者医療は広域連合)ごとに作成いただくものです。既に作成されたレセプトを次の区分ごとに取りまとめの上、ご記入ください。

注：レセプトは、被保険者資格によって次の種類に区別して作成します。ここでは、この種類を「区分」としてご説明します。

国民健康保険

	区分
「国民健康保険」欄	一般70歳以上一般・低所得
	一般70歳以上7割
	一般被保険者
	一般6歳
	退職本人
	退職被扶養者
	退職6歳

後期高齢者医療

	区分
「後期高齢者医療」欄	後期高齢一般・低所得
	後期高齢7割

① 国民健康保険及び後期高齢者医療

各区分別に、件数・処方せん受付回数・点数をそれぞれ合計しご記入ください。

なお、改正前の区分・給付割合により記載欄のない請求分(月遅れ請求分)については、新たに記載欄を設けてご記入ください。

② 公費負担医療(再掲)

公費負担医療ごとに各区分すべての件数・処方せん受付回数・点数・一部負担金をそれぞれ合計しご記入ください。

③ 特別療養費(別掲)

特別療養費がある場合は、各区分すべてのレセプトを合計しご記入ください。

注1 請求書の「※印」の欄は、記入しないでください。

2 記入した数字等の訂正をする場合は、修正液等を使わず、訂正する数字等を＝線で抹消して正しい数字等をご記入ください。

3 返戻や請求もれ等による月遅れ分のレセプトは、当月分の集計に含めてください。

4 開設者の変更等で薬局コードが変更になり、旧の薬局コードにかかる再請求分等がある場合は、新旧の薬局コード別に作成してください。