

平成 年 月分

# 調剤報酬請求書

保険者名

殿

保険薬局の所在地及び名称  
開設者氏名

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号				

薬局コード				

印

国民健康保険

請求療養の給付						
区分			件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
一般被保険者	70歳以上	一般 低所得	0080			
		7割	0000			
	本人	7割	0020			
			0060			
6歳	8割	0040				
退職者	本人	7割	6720			
	被扶養者	7割	6760			
	6歳	8割	6740			

公費負担医療（再掲）

請求療養の給付						
法別番号（2桁）		件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金	

注) 以下の欄は記入しないでください。

入力番号