

平成 年 月分

調剤報酬請求書

広域連合名

殿

下記のとおり請求する。

薬局
コード

平成 年 月 日

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

㊞

| | | 件数 | 処方せん 受付回数 | 点数 | 一部負担金(円) | 備考 |
|---------|--------|-----|--------------|----|----------|----|
| 後期高齢者医療 | 後期高齢9割 | 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 | | | | |
| | | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |

注1:※印の欄は記入しないこと。

| |
|--------|
| ※ 入力番号 |
| |

| | | |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |