

令和 年 月分 調剤報酬請求書

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

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	薬 局 コ ー ド	表 別
	3 3		調 剤 4

区 分		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 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
		※ 決定				
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
		※ 決定				
	一般被保険者	請求				
		※ 決定				
	一般被保険者 (6歳)	請求				
		※ 決定				
	退職者 本人	請求				
		※ 決定				
	被扶養者	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				
		請求				
		※ 決定				

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

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