

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

下記のとおりに請求する。

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	6歳	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 金額		円	退職者	件数 金額		円
--------	--------	----------	--	---	-----	----------	--	---