

平成 年 月分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 者

様

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

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号					県 番 号		薬 局 コ ー ド						表 別	
					1	0								4

区 分		件 数	公 費 分 件 数 (再 掲)	福 祉 分 件 数 (再 掲)	処 方 箋 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	七〇歳・低所得以上	請求①						
		※決定						
	七〇歳以上七割	請求②						
		※決定						
	被保険者七割	請求③						
		※決定						
	被保険者割	請求④						
		※決定						
	六歳	請求⑤						
		※決定						

- 注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
 2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。