

令和 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。

令和 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 （ 退 職 被 保 険 者 ）	本 人 七 割	請 求 ①						
		※ 決 定						
	七〇歳以上九割	請 求 ②						
		※ 決 定						
	七〇歳以上七割	請 求 ③						
		※ 決 定						
	被 扶 養 者 七 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。

退

職