令和　年　月分 調剤報酬総括票	保険薬局の所在地及び名称	〒 TEL　－　－	薬局コード

項目 保険者名	国民健康保険						備考
	退職者						
	本人		被扶養者		6歳		
	件数	点数	件数	点数	件数	点数	
計							

公費コード	件数	公費コード	件数

受付印	審査済印

合計件数		※
退職		

注意　※印の欄は記入しないこと。