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	後期高齢者医療				備考
	後期高齢　一般・低所得		後期高齢　7割		
	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		※
後期		

注意　※印の欄は記入しないこと。