

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者 殿

(別記)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

薬局コード _____

保険薬局の
所在地及び名称

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

開設者氏名

| | | | 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 | 91 | 一般被保険者 (70歳以上一般・ 低所得) | 請求 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | 90 | 一般被保険者 (70歳以上 7割) | 請求 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | 25 | 一般被保険者 | 請求 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | 95 | 一般被保険者 (6歳) | 請求 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | 退職 者 | 67 | 本人 | 請求 | | | | |
| | | | | ※決定 | | | | |
| | | 68 | 被扶養者 | 請求 | | | | |
| | | | | ※決定 | | | | |
| 96 | | 6歳 | 請求 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|-----|--|--|--|--|
| 公 費 負 担 医 療 | ○ | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | ○ | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | ○ | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | ○ | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | ○ | 請求 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--------|----|---|-----|----|---|
| ※高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 | | 退職者 | 件数 | |
| | | 金額 | 円 | | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。