

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

広域連合 殿

薬局コード \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称

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
後期高齢者医療	後期高齢 一般・低所得	請求				
		※決定				
	後期高齢 7割	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	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。