

# 平成 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。

平成 年 月 日

保険者番号				県番号	薬局コード				表別
				10					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	備考
国民健康保険	七〇歳以上	請求①					
		※決定					
健康保険	七〇歳以上七割	請求②					
		※決定					
(一般被保険者)	被保険者七割	請求③					
		※決定					
被保険者	割	請求④					
		※決定					
(六歳)	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。