

平成 年 月 分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 者

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

様

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
老 割	九 請求①					
	※決定					
人 七 割	請求②					
	※決定					
健 旧 老人	請求③					
	※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。
 3 区分の「旧老人」欄は平成14年9月調剤分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。
 なお、一部負担金は備考欄に記載してください。