# 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（退職被保険者） | 本人七割 | 請求① | | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | | |
| | 七〇歳以上九割 | 請求② | | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | | |
| | 七〇歳以上七割 | 請求③ | | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | | |
| | 被扶養者七割 | 請求④ | | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | | |
| | 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。
　　3　区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成２０年３月診療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。

退　　職