

平成 年 月 分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 者

後期高齢者医療広域連合様

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
3	9						1	0							4

			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 9 割	請 求 ①					
		※ 決 定					
	後 期 高 齢 7 割	請 求 ②					
		※ 決 定					
公 費 負 担 医 療 (再 掲)		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。