

令和 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

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号						県番号		薬 局 コ ー ド						表別
						1	0							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	一 部 負 担 金	備 考
国 民 健 康 保 険 （ 一 般 被 保 険 者 ）	七〇歳・低所得以上	請求①							
		※決定							
	七〇歳以上七割	請求②							
		※決定							
	被保険者七割	請求③							
		※決定							
	被保険者割	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。