

令和 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

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
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 一般・低所得	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					

注1 「※決定」欄は記載しないでください。