

調剤報酬請求書

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険薬局の 所在地及び名称	
開設者氏名	

保険者 殿	診療年月		保険者番号		薬局コード	表別	給付	付合
	年	月	府県	保険者別		調剤	7	8
						4	9	10

区分		件数	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 (70歳以上一般・低所得者)	請求			点 円		
		※決定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求			点 円		
		※決定					
	一般被保険者	請求			点 円		
		※決定					
	一般被保険者 (6歳未満)	請求			点 円		
		※決定					
	退職	本人	請求			点 円	
			※決定				
		70歳以上 9割	請求			点 円	
			※決定				
70歳以上 7割		請求			点 円		
		※決定					
被扶養者		請求			点 円		
		※決定					
6歳未満		請求			点 円		
		※決定					
老人保健		老人9割	請求			点 円	
			※決定				
	老人7割	請求			点 円		
		※決定					
公費負担医療		請求			点 円		
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

(注意) 1. ※印欄は記入しないで下さい。
 2. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
 3. 給付割合欄は該当箇所(数字)を○で囲んで下さい。