

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

()殿

下記のとおり請求する。

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

広域連合番号				県番号	薬局コード			
3	9			3	1			

令和 年 月 日

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	長
F 後期高齢者医療	後期高齢 一般・低所得	請求 02				
		※決定 04				
	後期高齢7割	請求 12				
		※決定 14				

G 公費負担医療		請求 2				
		※決定 4				
		請求 2				
		※決定 4				
		請求 2				
		※決定 4				
		請求 2				
		※決定 4				
		請求 2				
		※決定 4				

※高額療養費	件数	
	金額	円

注 1 ※印の欄は記入しないこと。
 2 太枠欄のみ記入して下さい。
 3 「高額長期疾病」の場合は、該当件数を記載して下さい。