

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者
(別 記) 殿

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
	3 1	

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	長	
E	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 02					
		※決定 04					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 12					
		※決定 14					
	一般被保険者	請求 22					
		※決定 24					
	一般被保険者 (6歳)	請求 32					
		※決定 34					
	退職者	本人	請求 42				
			※決定 44				
		被扶養者	請求 72				
			※決定 74				
6歳		請求 82					
		※決定 84					

G		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	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		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。