

平成 年 月分 調剤報酬請求書



保険者

保険薬局の
所在地及び名称

市 町 村
組 合 長 殿

電話番号
開設者氏名



下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

調剤

保 険 者 番 号	県 番 号	薬 局 コ ー ド

国民健康保険

種 別	件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
一般 (70歳以上8割)					
一般 (70歳以上7割)					
一 般 被 保 険 者	7割				
	8割				
	9割				
	10割				
退職(本人)					
退職 (70歳以上9割)					
退職 (70歳以上7割)					
退職(被扶養者)					
退職(法定外)					

老人保健

種 別	件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
老人9割					
老人7割					

公費負担医療(再掲)

種 別	件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考

※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 意 ※ 印 の 欄 は 記 入 し な い こ と 。