

平成 年 月 分 調剤報酬請求書

審査済
印

保険者

広域連合 殿

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

調 剤

広域連合番号						県番号		薬局コード						
3	9					0	7							

後期高齢者医療

種 別	件 数	処 方 せ ん 受 付 回 数	点 数	一部負担金	備 考
後 期 高 齢 (9 割)				/	
後 期 高 齢 (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	件 数	
	金 額	円

注) ※印の欄は記入しないこと。

(H20.4改正)