

広域連合番号	3	9						薬局コード		表別
広域連合								保険薬局の 所在地及び名称 開設者氏名	調剤	
令和 年 月 日										4

下記の通り請求する。

区 分		件 数	処方箋受付回数	点 数	一部負担金	備 考	
後期高齢者 公費負担医療	後期高齢者 一般・低所得	請求		点	円	長期高額療養費件数 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table>	
	後期高齢者7割	請求		点	円		
		請求		点	円		
		請求		点	円		
		請求		点	円		
	請求		点	円			

備 考

※ 1. 請求書は各都道府県単位で作成してください。
2. 公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。(再掲)