

調剤報酬請求書

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

保険者 殿	診療年月		保険者番号		薬局コード	表別	給割	付合
	年	月	府県	保険者別		調剤	7	8
						4	9	10

区分		件数	処方箋受付回数	点数	一部負担金	備考		
							円	
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得者)	請求			点	円		
		※決定						
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				点	円	
		※決定						
	一般被保険者	請求				点	円	
		※決定						
	一般被保険者 (6歳)	請求				点	円	
		※決定						
	退職	本人	請求			点	円	
			※決定					
		70歳以上 9割	請求				点	円
			※決定					
70歳以上 7割		請求				点	円	
		※決定						
被扶養者		請求				点	円	
		※決定						
6歳		請求				点	円	
		※決定						
老人保健		老人9割	請求			点	円	
			※決定					
	老人7割	請求				点	円	
		※決定						
公費負担医療		請求			点	円		
		※決定						
		請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						

(注意) 1. ※印欄は記入しないで下さい。
2. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
3. 給付割合欄は該当箇所(数字)を○で囲んで下さい。