

平成 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府県番号 40 薬局コード

(別記) 殿

下記のとおり請求する。

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

平成 年 月 日



		件数	処方せん 受付回数	点数	患者負担額	備考	
国民健康保険者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑧					
		※決定 ⑧					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 ⑩					
		※決定 ⑩					
	一般被保険者	請求					
		※決定					
	一般被保険者 (6歳)	請求 ④					
		※決定 ④					
	⑥7 本人	本人	請求 ②				
			※決定 ②				
		70歳以上 9割	請求 ⑧				
			※決定 ⑧				
		70歳以上 7割	請求 ⑩				
			※決定 ⑩				
被扶養者		被扶養者	請求 ⑥				
			※決定 ⑥				
		6歳	請求 ④				
			※決定 ④				
②7 老人保健	老人9割	請求 ⑧					
		※決定 ⑧					
	老人7割	請求 ⑩					
		※決定 ⑩					
公費負担医療	④3 老人被爆	請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

※高額療養費 70 一般被保険者	件数	71 退職者	件数
	金額		金額
	円		円

注意 ※印の欄は記入しないこと。