

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

国 保 組 合 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

印

		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8割)	請求 ⑩						
		※決定 ⑩						
	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	8 割					
			7 割					
			割					
		※決定	8 割					
			7 割					
			割					
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8割	請求 ⑩						
		※決定 ⑩						
	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	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。