

平成 年 月分 調剤報酬請求書

保 険 者					
-------	--	--	--	--	--

都道府 薬 局
 県番号 40 コ ー ド

(別 記) 殿・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
 公費負担医療



		件数	処方せん 受付回数	点 数	患者負担額	備考
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	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。