

平成 年 月分

調剤報酬請求書

様式第九

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

薬
コ
ー
ド
局
ド

各 広 域 連 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

後期高齢者医療

		件数	処方せん 受付回数	点 数	患者負担額	備考
③⑨ 医後 期高 齢 療者	後期9割	請求⑧				
		※決定⑧				
	後期7割	請求⑩				
		※決定⑩				

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					

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。