

令和 年 月 分

調剤報酬請求書

様式第七(一)

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

令和 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	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 退職者	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		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					
④3 老人被爆 公費負担医療	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。