

令和 年 月分

調剤報酬請求書

様式第七(三)

保 険 者					
-------	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

薬 コ ー ド
局 下

(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

令和 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。