

令和 年 月分

調剤報酬請求書

様式第七(一)

保 険 者					
-------	--	--	--	--	--

都道府 薬 局
 県番号 40 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 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	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。