

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 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						
公 費 負 担 医 療	④3 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。