

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府県番号 **40** 薬局コード

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

		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8割)	請求 ⑩					
		※決定 ⑩					
	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	8割				
			7割				
			割				
		※決定	8割				
			7割				
			割				
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8割	請求 ⑩					
		※決定 ⑩					
	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					

※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。