

月分 福岡県 国民健康保険 後期高齢者 調剤報酬総括票

○ 月おくれ及び再提出分は当月分に合算して本表に計上し毎月十日までに提出下さい。
 ○ 障害者、子ども、ひとり親医療費のうち、医保分は別綴でご提出下さい。

所在地	TEL		名称		開設者名		調剤薬局コード		
保険者号	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保険者号	④ 後期高齢者医療	
	件数	点数	件数	点数	件数	点数		件数	点数
計							計		

①+②+③	件	点	総合計	①+②+③+④	件	点	1件当たり点数	点	医保 障害者・子ども・ひとり親医療合計	件	点
-------	---	---	-----	---------	---	---	---------	---	---------------------	---	---