

令和 年 月分国民健康保険・後期高齢者医療調剤報酬請求書送付書

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 調剤 | 薬局コード |  |
|----|-------|--|

保険薬局 所在地

下記のとおり調剤報酬請求書を送付する。

名称

令和 年 月 日

開設者氏名

|    | 国民健康保険 |              |     |    |              |     | 計  |              |     | 後期高齢者医療 |              |     | 備考 |
|----|--------|--------------|-----|----|--------------|-----|----|--------------|-----|---------|--------------|-----|----|
|    | 件数     | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数 | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数 | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数      | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 |    |
| 県外 | 件      | 回            | 点   | 件  | 回            | 点   | 件  | 回            | 点   | 件       | 回            | 点   |    |
| 県内 |        |              |     |    |              |     |    |              |     |         |              |     |    |
| 計  |        |              |     |    |              |     |    |              |     |         |              |     |    |

(注)退職者分は国民健康保険欄に合算し記入のこと。

令和 年 月分国民健康保険・後期高齢者医療調剤報酬請求書送付書

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 調剤 | 薬局コード |  |
|----|-------|--|

保険薬局 所在地

下記のとおり調剤報酬請求書を送付する。

名称

令和 年 月 日

開設者氏名

|    | 国民健康保険 |              |     |    |              |     | 計  |              |     | 後期高齢者医療 |              |     | 備考 |
|----|--------|--------------|-----|----|--------------|-----|----|--------------|-----|---------|--------------|-----|----|
|    | 件数     | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数 | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数 | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 | 件数      | 処方せん<br>受付回数 | 総点数 |    |
| 県外 | 件      | 回            | 点   | 件  | 回            | 点   | 件  | 回            | 点   | 件       | 回            | 点   |    |
| 県内 |        |              |     |    |              |     |    |              |     |         |              |     |    |
| 計  |        |              |     |    |              |     |    |              |     |         |              |     |    |

(注)退職者分は国民健康保険欄に合算し記入のこと。