

令和 年 月分 調剤報酬請求書

広域連合 殿

薬 局 コ ー ド					

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険薬局の所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

後期高齢者医療

区 分		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一 部 負 担 金
後 期 高 齢 者 一 般 低 所 得	請 求				
	※ 決 定				
後 期 高 齢 7 割	請 求				
	※ 決 定				

公費負担医療

	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				
	請 求				
	※ 決 定				

備 考

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

※高額療養費	件数	
	金額	円