

平成 年 月 分

調剤報酬請求書

保 険 者

各広域連合 殿

薬局コード _____

下記のとおり請求する。

保 険 薬 局 の
所在地及び名称
開設者氏名

印

平成 年 月 日

		件数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備考
後期 高齢者 医療	後期高齢 9 割	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				

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。