

令和 年 月 分

調剤報酬請求書

保険者
 _____ 殿

保険薬局の
 所在地及び名称
 開設者氏名

下記のとおり請求する
 令和 年 月 日

		保険者番号				県番	薬局コード				表別
						04					4
		件数	処方せん 受付回数	点数		一部負担金		備考			
国民健康保険	70歳以上 一般 低所得	請求									
		※決定									
	70歳以上 7割	請求									
		※決定									
	7割	請求									
		※決定									
	6歳	請求									
		※決定									
	割	請求									
		※決定									
	退職者	本人	請求								
			※決定								
被扶養者		請求									
		※決定									
6歳		請求									
		※決定									
公費負担医療(再掲)		請求									
		※決定									
		請求									
		※決定									
		請求									
		※決定									

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと

令和 年 月分

調剤報酬請求書

広域連合殿

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

		保険者番号						県番号		薬局コード						表別
		3	9					0	4							4
		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8割	請求														
		※決定														
	後期高齢7割	請求														
		※決定														
公費負担 医療 (再掲)		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