

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									
公費負担医療（再掲）		請求									
		※決定									
		請求									
		※決定									
		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
							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												
		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