

平成 年 月分 調剤報酬請求書

保険者
(別 記) 殿
下記の通り請求する。

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

平成 年 月 日

保険者番号					県番号		薬局コード						
●	●	●	●	●	1	8	●	●	●	●	●	●	●

請求欄									
区分			割合	コード	件数	処方箋の受付回数	点数	結核・精神 任意給付点数	一部負担金
国民健康保険	25 (国保) 被保険者	70歳以上	9割	258					
			7割	258					
		一般	割	252					
			7割	252					
		3 未	8割	254					
	67 (退職者)	本人	7割	672					
		70歳以上	9割	678					
			7割	678					
		扶養	7割	676					
		3 未	8割	674					
27老人保健			9割	272					
			7割	272					

様式第二十三

25国保の空白欄はそれぞれの給付割合を記入してください。
25国保一般被保険者、67退職者には国保と公費併用分、退職者と公費の併用分をそれぞれに含め集計して下さい。
任意給付のある保険者で20、21の公費分については、患者が負担する分を点数で任意給付欄に記入して下さい。

「再掲」													
公費負担医療													

「決定欄」 ※以下の欄は記入しないでください

区 分			割合	コード	件 数	回 数	点 数	結核・精神 任意給付点数	一部負担金	増 減		返戻				総計誤	一部負担 額・標準 負担額減	
												件数	回数	点数	負担金			
国民健康保険	25 (国保) 被保険者	70歳以上	9割	918													円	
		7割	918															
		一般	割	912														
			7割	912														
		3未	8割	914														
	67 退職者	本人	7割	952														
		70歳以上	9割	958														
			7割	958														
		扶養	7割	956														
		3未	8割	954														
27老人保健			9割	942														
			7割	942														

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