平成 年 月分 調剤報酬請求書

各広域連合 殿
 下記のとおり請求する。

薬局コード _____

平成 年 月 日

保険薬局の
 所在地及び名称
 開設者氏名

印

		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				

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
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。