

平成 年 月分 調剤報酬請求内訳書

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

薬局コード

保険薬局の  
名称

		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				

注意 印の欄は記入しないこと。