

令和 年 月分

調剤報酬請求書

※	N o	バッチ	科	保険者番号	簿冊
	02				

県番号		薬局コード					
2	2						

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

			件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
01	国民 健康 保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
			※決定				
		一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
			※決定				
		一般被保険者	請求				
			※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求						
	※決定						
67	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		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

高額長期疾病該当者
一般 件
退職 件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。