

令和 年 月分

調剤報酬請求書

※	N o	パ ッ チ	科	広 域 連 合 番 号	簿 冊
	02				

県番号		薬局コード					
2	2						

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称  
開設者氏名

令和 年 月 日

			件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
39	後期 高齢者 医療	後期高齢 一般・低所得	請求				
			※決定				
		後期高齢7割	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	件数	
	金額	円

高額長期疾病該当者  
後期高齢 件  
(原) 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。