

令和 年 月分 調剤報酬請求書

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

保険者番号	県番号	薬局コード
	3 6	

表 別	
調剤	4

国民健康保険

				件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
00	9	一般被保険者	請求					
		(70歳以上一般・低所得)	※決定					
00	7	一般被保険者	請求					
		(70歳以上7割)	※決定					
00	0	一般被保険者	請求					
			※決定					
00	6	一般被保険者	請求					
		(6歳)	※決定					
67	0	退職者	請求					
		(本人)	※決定					
67	1	退職者	請求					
		(被扶養者)	※決定					
67	6	退職者	請求					
		(6歳)	※決定					

※様式第七

公費負担医療		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

<備考>

- 備考
1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 2. ※印の欄は記入しないこと。

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

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者 各広域連合 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

広域連合				県番号	薬局コード
				3 6	

令和 年 月 日

表 別	
調剤	4

後期高齢者医療

				件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
39	9	後期高齢	請求					
		一般・低所得	※決定					
39	7	後期高齢	請求					
		7割	※決定					

※様式第九

公費負担医療		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

<備考>

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は記入しないこと。

※高額療養費	件数	
	金額	