

# 調剤報酬請求書

年 月分

薬局コード \_\_\_\_\_

後期高齢者医療 ( )  
 広域連合番号 \_\_\_\_\_

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。  
 年 月 日

			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 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	①9原爆医療費	請求					
		※決定					
福祉 医療費	⑨1	請求		/	/		
	⑨2	請求		/	/		
	⑨3	請求		/	/		
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					
	○	請求					
		※決定					
	○	請求					
		※決定					

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印は、記入しないこと。