

# 令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険薬局の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号

保険者  
( )殿

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					
					2	0						

		入外	件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考	
国民健康保険	(25-8) 一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求	2					
		※決定	2					
	(25-7) 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	2					
		※決定	2					
	(25) 一般被保険者	請求	2					
		※決定	2					
	(25-5) 一般被保険者 (6歳)	請求	2					
		※決定	2					
	退職者	(67-3) 本人	請求	2				
			※決定	2				
		(67-4) 被扶養者	請求	2				
			※決定	2				
(67-5) 6歳		請求	2					
		※決定	2					

様式第七

注意 ※印の欄は、記入しないこと

公費負担医療	○	請求	2				
		※決定	2				
	○	請求	2				
		※決定	2				
	○	請求	2				
		※決定	2				
	○	請求	2				
		※決定	2				
	○	請求	2				
		※決定	2				

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