

# 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

( ) 広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

広域連合番号	県番号	薬局コード																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> </tr> </table>	2	0	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
2	0																							

			入外	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	(39-9) 後期高齢 一般・低所得	請求	2					
		※決定	2					
	(39-7) 後期高齢 7割	請求	2					
		※決定	2					

様式第九

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					

注意 ※印の欄は、記入しないこと

※高額療養費	件数	
	金額	円