

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					
						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