

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者

殿

保険薬局の
所在地、名称及び
電話番号

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	5		

		件 数	処方箋 受付回数	点 数	一部負担金	備考	
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・ 低所得)	請 求					
		※決 定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求					
		※決 定					
	一般被保険者	請 求					
		※決 定					
	一般被保険者 (6歳)	請 求					
		※決 定					
	退職者	本人	請 求				
			※決 定				
		被扶養者	請 求				
			※決 定				
6歳		請 求					
		※決 定					
公費負担医療		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					

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

令和 年 月分

調剤報酬請求書

() 広域連合 殿

保険薬局の
所在地、名称及び
電話番号

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	9				3	5		

			件 数	処方箋 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		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					
		請 求					
		※決 定					

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