

平成 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。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号				県 番 号		薬 局 コ ー ド	
				3	5		

		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	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					

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

平成 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。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号						県 番 号		薬 局 コ ー ド	
3	9					3	5		

		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9割	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				
		請 求				
		※決 定				

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。