

平成 年 月分

調剤報酬請求書

薬局コード

194

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

		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	82 (ひとり親)	請求				
		※決定				
		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。