

薬局コード

194

保険者番号

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

平成 年 月 日

印

		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	81 (乳幼児)	請求					
		※決定					
	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					

注意 ※印の欄は記入しないこと。