

薬局コード

194

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

		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。