

令和 年 月分 調剤報酬請求書

県コード
32

薬局コード

--	--	--	--	--	--	--	--

広域連合様

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
開設者氏名
電話番号

後期高齢者医療

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期 高齢者 ③⑨	後期高齢9割①	請求				
		決定				
	後期高齢7割②	請求				
		決定				

公費負担医療（再掲）

法別	コード	件数	点数	患者負担額	備考
結核	10				
更生医療	15				
原爆医療	19				
精神通院	21				
肝炎医療	38				
特定疾患	51				
難病医療	54				
石綿医療	66				
福祉医療	91				

- 注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。
2. 公費再掲欄には後期高齢9割、後期高齢7割を合算の上、記入して下さい。