

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者コード

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

県コード 薬局コード

32

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

保険者名 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

国民健康保険

			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 ②5	一般被保険者 ① (70歳以上一般・低所得)	請求				
			決定				
		一般被保険者 ② (70歳以上7割)	請求				
			決定				
		一般被保険者 ③	請求				
		決定					
		一般被保険者 ④ (6歳)	請求				
		決定					
	退職者 ⑥7	退職者 ① (本人)	請求				
			決定				
退職者 ② (70歳以上9割)		請求					
		決定					
退職者 ③ (70歳以上7割)		請求					
	決定						
	退職者 ④ (被扶養者)	請求					
	決定						
	退職者 ⑤ (6歳)	請求					
	決定						

公費負担医療（再掲）

法別番号	区 分	件 数	点 数	患者負担額	備考
10	結 核				
15	更生医療				
16	育成医療				
19	原爆医療				
21	精神通院				
38	肝炎医療				
51	特定疾患				
52	小児慢性				
53	児童福祉				
54	難病医療				
66	石綿医療				
79	障害児施設医療				
90	乳幼児等医療				
91	福祉医療				

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。

2. 公費再掲欄には一般、退職を合算の上、記入して下さい。