

令和 年 月分 調剤報酬請求書

県コード 薬局コード

32

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

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 ⑳	一般・低所得者 ①	請求					
		決定					
	7割 ②	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				
19	原爆医療				
21	精神通院				
38	肝炎医療				
51	特定疾患				
54	難病医療				
66	石綿医療				
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・低所得者、7割を合算の上、記入して下さい。