

令和 年 月分 調剤報酬請求書

保険者コード

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

保険者名

様

県コード
32

薬局コード

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

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

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 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				

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ください。
2. 公費再掲欄には一般の各区分①～④を合算の上、記入してください。