

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 ③	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ください。  
2. 公費再掲欄には各区分①②を合算の上、記入してください。