

[他府県用]

令和 年 月分

調剤報酬請求書

都道府県

市町村  
国保組合 殿

〒 ( )  
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

保険者番号				県番号		薬局コード		調剤	4
				2	7				

区分		療養の給付				備考	
		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金		
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求					
		※決定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求					
		※決定					
	一般被保険者	請求					
		※決定					
	一般被保険者 (6歳)	請求					
		※決定					
	退職者	本人	請求				
			※決定				
		被扶養者	請求				
			※決定				
6歳		請求					
		※決定					

公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

免 件

免は免除証明書該当件数を記入願います。

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円