

令和 年 月分

調剤報酬請求書

大阪府後期高齢者医療広域連合 殿

保 所 在 地

險 名 称

薬 開 設 者 氏 名

局 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
3	9	2	7	0	0	0	4	2	7				

		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
後 期 高 齢 者 医 療	後期高齢 一般・低所得	請求				
		※決定				
	後期高齢7割	請求				
		※決定				

		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
公 費 負 担 医 療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

備考

免	件
他	件

免は免除証明書該当件数、他は他府県公費所持者件数を記入願います

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。