

令和 年 月分 調剤報酬請求書 (府内・調剤)

採 択	4
--------	---

薬局コード

保険者名	市町村 国保組合					殿
保険者番号	2	7				

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名
電 話

大阪府は274001と記入
堺市は275008と記入
下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

区 分		療 養 の 給 付			備 考	
		件数	点数	一部負担金		
退 職 者 医 療	公費との併用		50			
	単 独 分	6歳	8割	51		
		一般	割	52		
			7割	53		
国 民 健 康 保 険	公費との併用		54			
	単 独 分	6歳	8割	55		
		70歳以上	一割	56		
			7割	57		
		一般	割	58		
			7割	59		
合 計		90				
※ 決 定		90				

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。

注 ※印は記入しないでください。