

【請求書の記載例】

国保〔調剤〕（府内分）

大阪府内の保険者である市町村、国保組合の名称を記載する。

（記入例：大阪市、堺市、医師国保組合）

調剤年月を記載する。

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		

請求書を提出する年月日を記載する。

大阪府は274001と記入  
堺市は275008と記入

下記のとおりに請求する。

保険薬局の

所在地及び名称

開設者氏名

電 話

令和 年 月 日

6歳（義務教育就学前）であっても公費併用分であればこの欄に合算して記載する。

義務教育就学前（6歳に達する日以後最初の3月31日）までの患者を合算して記載する。

6歳（義務教育就学前）または70歳以上であっても公費併用分であればこの欄に合算して記載する。

70歳以上の一般・低所得を合算して記載する。

区 分	療 養 の 給 付			備 考		
	件数	点数	一部負担金			
退 職 者 医 療 分	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 分	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		
			割	58		
		一般	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。

手書きにより請求書を作成している届出保険薬局にあつては「一割」欄と「7割」欄とを合算し、その合計を「一割」欄に記載することで請求可。ただし、合算している場合は「備考」欄に「合算」と記載する。

【請求書の記載例】

国保〔調剤〕（他府県分）

請求先保険者の所在する都道府県名及び保険者名を記載する。  
 なお、東京都23特別区にあつてはそれぞれの区が1保険者であるので各区ごとに請求書を作成する

〔他府県用〕 調剤年月を記載する。

令和 年 月 分 調剤報酬請求書

都道府県 市町村 殿 〒( ) 保険薬局の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号 ( )

神戸市等で区ごとで保険者番号が異なる場合は一番上に編綴した明細書の保険者番号を記載する。

請求書を提出する年月日を記載する。

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	表別
	27		4

国保単独分に国保と公費との併用分も合算して記載する。

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 (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						

義務教育就学前（6歳に達する日以後最初の3月31日）までの患者を合算して記載する。

国保と公費の併用分のうち公費に係る分を再掲で記載する。

公費負担医療	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

【請求書の記載例】

後期高齢者医療〔調剤〕（府内分・他府県分共通）

調剤年月を記載する。

都道府県名を記載する。

令和 年 月分

〇〇〇広域連合 殿

請求書を提出する年月日を記載する。

令和 年 月 日

大阪府は39270004と記入。

各都道府県広域連合の保険者番号を記載する。  
(大阪府は「39270004」と記載する。)

調剤報酬請求書

保 所 在 地  
險 名 称  
業 開 設 者 氏 名  
局 電 話 番 号 ( )

保 険 者 番 号				県 番 号	薬 局 コー ド	調 剤	4
				2	7		

後期高齢者単  
独分に公費と  
の併用分も合  
算し「一般・  
低所得」・「  
7割」別に記  
載する。

		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				

後期高齢者と  
公費の併用分  
のうち公費に  
係る分を再掲  
で記載する。

		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。