

平成 年 月分 後期高齢者医療調剤報酬請求書

| | | |
|-----|----|------|
| 県番号 | 種別 | 医療機関 |
| 0 3 | 4 | コード |

市町村 殿

| | | | | | | |
|-----------|---|---|--|--|--|--|
| 保険者 番号 | 3 | 9 | | | | |
|-----------|---|---|--|--|--|--|

保険薬局の所在地
及び名称
電話番号

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

開設者氏名

㊤

| 区 分 | | 件 数 | 処方せん 受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 | 長期高 額件数 (再掲) |
|--------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|-------|-----|--------------------|
| 請 求 | 後期高齢者医療 39 | 9割 | | | | | |
| | | 7割 | | | | | |
| 請 求 (再 掲) | 感染症法 37条の2 | 10 | | | | | |
| | 自立支援医療 | 21 | | | | | |
| | 特 定 疾 患 | 51 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 返戻(この 欄は記入し ないでくだ さい) | 後期高齢者 医 療 | 9割 | | | | | |
| | | 7割 | | | | | |