

平成 年 月分調剤報酬請求書

保険者 殿

県番号	種別	医療機関 コード
0 3 4		

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号

保険者 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 民 健 康 保 険	一 般 被 保 険 者	70	70歳以上	一般 低所得						
				7割						
		00	一 般 被保険者	7割						
				03	6歳未満	8割				
	00			割						
	退 職 者	67	01	本 人	7割					
			02	被扶養者	7割					
03			6歳未満	8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 こ の 欄 は な だ 記 入 し て く だ さ い	国民健康 保 険	一般被保険者								
		退 職 者								