

令和 年 月分

# 調剤報酬請求書

保険薬局の  
所在地及び名称

広域連合 殿

電話番号

開設者氏名

印

様式第九（第二条関係）

下記のとおり請求する

令和 年 月 日

|     |       |
|-----|-------|
| 県番号 | 薬局コード |
| 37  |       |

|        |         | 件数  | 処方せん<br>受付回数 | 点数 | 一部負担金 | 備考 |
|--------|---------|-----|--------------|----|-------|----|
| 後期高齢医療 | 後期高齢 9割 | 請求  |              |    |       |    |
|        |         | ※決定 |              |    |       |    |
|        | 後期高齢 7割 | 請求  |              |    |       |    |
|        |         | ※決定 |              |    |       |    |

|        |  |     |  |  |  |  |
|--------|--|-----|--|--|--|--|
| 公費負担医療 |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |
|        |  | 請求  |  |  |  |  |
|        |  | ※決定 |  |  |  |  |

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

注意 1. ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。