

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 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期高齢医療	後期高齢 一般・低所得	請求				
		※決定				
	後期高齢 7割	請求				
		※決定				

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。