

平成 年 月分

調剤報酬請求書

保険者

保険薬局の
所在地及び名称

殿

電話番号

開設者氏名

印

様式第七(第二条関係)

下記のとおり請求する
平成 年 月 日

保険者番号	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	
国民健康 者	一般被保険者	請求					
	(70歳以上一般・低所得)	※決定					
	一般被保険者	請求					
	(70歳以上7割)	※決定					
	一般被保険者	請求					
		※決定					
	一般被保険者	請求					
	(6歳)	※決定					
	退職者	本人	請求				
			※決定				
	被扶養者	被扶養者	請求				
			※決定				
6歳	6歳	請求					
		※決定					

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

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

- 注意 1. ※印の欄は、記入しないこと。
2. 請求書は各保険者(市町・国保組合)毎に1枚添付してください。
- 備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。