

令和 年 月分調剤報酬請求書

保険者 殿

保険者 番号					
-----------	--	--	--	--	--

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

下記のとおり請求する。

令和 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	国 民 健 康 保 険 者	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					
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					
	難病医療				54					

令和 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。

令和 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	一般・ 低所得					
		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					
	難 病 医 療	54					