

令和 年 月分調剤報酬請求書

保険者 殿

県番号	種別	医療機関
0 3	4	コード

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

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	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	01	本人	7割						
		02	被扶養者	7割						
		67	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							
難病医療			54							
返戻 (この 欄は記入し ないでくだ さい)	国民健康 保 険	一般被保険者								
		退 職 者								

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	9割					
		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					
返戻 (この 欄は記入し ないでくだ さい)	後期高齢者医 療	9割					
		7割					