

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 健 康 保 険	国 民 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							
	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							

令和 年 月分 後期高齢者医療調剤報酬請求書

市町村

殿

県番号	種別	医療機関
0 3	4	コ ー 下

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					