

令和 年 月分

調剤報酬請求書

各 広域連合 殿

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

広域連合番号	県番号	医療機関コード	表別
			4

		件数	処方箋 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期高齢者医療	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				

※高額療養費	件数	
	金額	円

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
 2. ※印の欄は、記入しないこと。