

国保 平成 年 月分調剤報酬請求書

保 険 者 (別 記) 殿
 下記のとおり請求する。

保険薬局の所在地
 及び名称 電話番号
 開 設 者 氏 名

㊦

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	都道府 県番号	薬 局 コ ー ド	表 別
	1 3		調 剤 4

〔国民健康保険〕

区 分			件 数	処 方 せ ん 受 付 回 数	点 数	一 部 負 担 金	
一 般 被 保 険 者	七 〇 歳 以 上	8 請求	82				
		※決定					
	7 割	請求	72				
		※決定					
	一 般 被 保 険 者	割	請求	4			
			※決定				
	7 割	請求	2				
		※決定					
6歳未満	請求	32					
	※決定						
退 職 者	七 〇 歳 以 上	9 請求	96				
		※決定					
	7 割	請求	70				
		※決定					
	本 人	請求	76				
		※決定					
	被扶養者	請求	8				
		※決定					
6歳未満	請求	38					
	※決定						

〔公費負担医療〕

区 分			件 数	処 方 せ ん 受 付 回 数	点 数	一 部 負 担 金
	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			金額	
			円			円

※欄は記入しないで下さい。

(2 0 1 5 . 4)