

国保 平成 年 月分調剤報酬請求書

保 険 者 （ 別 記 ） 殿

保険薬局の所在地
及び名称 電話番号
開 設 者 氏 名

下記のとおり請求する。

㊟

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)