

# 令和 年 月分調剤報酬請求書

保険者  殿

薬局コード \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称

令和 年 月 日

開設者氏名

区 分		件 数		処方箋受付回数	点 数	備 考	
国 民 健 康 保 険	一般被 保険者	請 求	7割	12			
			障害	02			
		※決 定	7割	12			
			障害	02			
		七〇歳 以上	請 求	7割	52		
				8割	62		
	※決 定		7割	52			
			8割	62			
	六 歳未 満	請 求	8割	82			
		※決定	8割	82			
	退 職 者	本 人	請 求	7割	16		
				障害	06		
			※決 定	7割	16		
				障害	06		
		七〇歳 以上	請 求	7割	56		
				9割	66		
			※決 定	7割	56		
				9割	66		
		被 扶 養 者	請 求	7割	18		
				障害	08		
※決 定			7割	18			
			障害	08			
六 歳未 満		請 求	8割	88			
		※決定	8割	88			
老 人 保 健	請 求	7割	76				
		9割	78				
	※決 定	7割	76				
		9割	78				

再 掲 (公 費 ・ 特 記 事 項)	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	
		結 核	10		母 子	23		石 綿	66	
		更 生	15		肝 炎	38		(障)老健	80	
		育 成	16		老 人	41		(乳)	81	
		療 育	17		特 定	51		(親)	85	
		原 爆	19		小 慢	52		(せ)	88	
		精 通	21		児 福	53		(成)・(成せ)	89	
		(長)	02		(原)老健	13		二 割	20	
		減 免	08		(長)②	16				

※増減 91

※返戻 92

1. 公費は、入外・一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲欄の(長)欄は、公費の(長)を含めて記入してください。
3. ※欄には記入しないでください。

※ 高 額 療 養 費	一 般 被 保 險 者	件 数 金 額	円	退 職 者	件 数 金 額	円
----------------	----------------	------------	---	-------	------------	---

# 令和 年 月分調剤報酬請求書

広域連合 39      殿

薬局コード \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称

令和 年 月 日

開設者氏名

**後期高齢者医療**

区 分			件 数	処方箋受付回数	点 数	備 考
後期 高齢者 医療	請 求	7 割	76			
		一般・低所得	78			
	※決定	7 割	76			
		一般・低所得	78			

再掲 (公費)	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数
	結核	10		石綿	66							
	更生	15		障害	80							
	原爆	19		親	85							
	精通	21		成・成せ	89							
	肝炎	38										
	特定	51										
	児福	53										

再掲 (特記事項)	法別名	コード	件 数
	公	01	
	長	02	
	減免	08	
	長 2	16	

1. 公費は、7割・8割・9割を合算して記入してください。
2. 再掲欄の(長)欄は、公費の(長)を含めて記入してください。
3. ※欄は記入しないでください。

※増減 91       ※返戻 92

※高額療養費	件数
	金額 <span style="float: right;">円</span>