

○ 調劑報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

令和 年 月分

[illegible]

保 険 者 号 番 号					給付割合	10 9 8 7 ()
被保険者資格に係る 記号・番号		(枝番)				

氏 名											特 記 事 項
	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	5令	.	.	生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										

保険薬
局の所
在地及
び名称

保険医療機関の所在地及び名称								保 険 医 氏 名	1	6	受 付 回 数	保険	回
									2	7		公費①	回
									3	8		公費②	回
									4	9			
都道府県番号			点数表番号	医療機関コード					5	10			

[illegible]

摘要		※高 額 療養費	円
		※公費負 担点数	点
		※公費負 担点数	点

保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬 学 管 理 料 点
			減額 割(円) 免除・支払猶予			
公費 ①	点	※ 点	円	点	点	点
公費 ②	点	※ 点	円	点	点	点

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。