

平成 年 月 分

調剤報酬請求書

各 広 域 連 合 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号ごとに集計する。

保 険 者 番 号	県 番 号	薬 局 コ ー ド
3 9	3 9	

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

印

様式第九

平成 年 月 日

				件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
8	後期高齢者医療	1	後期高齢9割	請求				
			※決定					
	2	後期高齢7割	請求					
		※決定						
公費負担医療				請求				
			※決定					
				請求				
			※決定					

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「8 高外-」を集計する。

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「0 高外7」を集計する。

当該公費負担医療の対象分を集計(再掲)する。

公費法別番号(2桁)を記載。

- 公費負担医療用の記載は県外分のみ必要(県内分は不要)
- 県外分でも公費の記載が不要なもの
 - ①高知県単独公費(公費法別47)の場合
 - ②原爆医療(公費法別19)、石綿医療(公費法別66)の場合

注意 ※印の欄は記入しないこと。

※ 高額療養費	件 数	
	金 額	

円

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。