

令和 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

令和 年 月 日

様式第九

				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				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。
				※決定				
		2	後期高齢7割	請求				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。
				※決定				
				件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	
公費負担医療				請求				当該公費負担医療の対象分を集計(再掲)する。
				※決定				
	公費法別番号(2桁)を記載。							
					※決定			
				請求				
				※決定				

※ 高額療養費	件 数	
	金 額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。