

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

				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 一般・低所得	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					
			請求				公費法別番号(2桁)を記載。	
		※決定						
	請求				<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 公費負担医療用の記載は県外分のみ必要(県内分は不要)</li> <li>■ 県外分でも公費の記載が不要なもの               <ul style="list-style-type: none"> <li>①高知県単独公費(公費法別47)の場合</li> <li>②原爆医療(公費法別19)、石綿医療(公費法別66)の場合</li> </ul> </li> </ul>			
※決定								

様式第九

※ 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。