

平成 年 ① 月分 福祉医療費請求書に係る請求書【集計票】

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

②

③ 印

薬局コード		④			
公費法別		件数	点数	金額	備考
⑤	入院外	⑥	⑦	⑧	
	入院外				
	入院外				

* 福祉医療費(公費法別43・46・72・73・74・75・76)の請求書【集計票】です。公費法別ごとに合計を記載してください。

①～⑧の記載内容

- ① 当該調剤の年月分を記載します。
- ② 保険薬局の所在地・名称・開設者氏名を記載します。ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ③ 国保連合会に届出の「請求書に使用する印鑑」を押印します。(黒地の印影でも可)
- ④ 薬局コード(7桁)を記載します。ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ⑤ 当該公費負担者番号の先頭2桁の公費法別番号を記載します。
例：公費負担者番号が46390019であれば46と記載します。
- ⑥ 件数の合計を記載します。
- ⑦ 点数欄での請求がある場合に、点数の合計を記載します。
- ⑧ 金額欄での請求がある場合に、金額の合計を記載します。

※月遅れ分を含めて集計します。

※⑤～⑧は公費法別番号ごとに記載します。