

令和 年 ① 月分 福祉医療費請求書に係る請求書【集計票】（調剤）

保険薬局の  
所在地及び名称  
開設者氏名

②

薬局コード		③			
公費法別		件数	点数	金額	備考
④	入院外	⑤	⑥	⑦	
	入院外				
	入院外				

\* 福祉医療費（公費法別43・46・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。

①～⑦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・開設者名を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ③ 薬局コード（7桁）を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ④ 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。
- ⑤ 例：公費負担者番号が46390019であれば46と記載します。  
件数の合計を記載します。
- ⑥ 点数欄での請求がある場合に、点数の合計を記載します。
- ⑦ 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。

※④～⑦は公費法別番号ごとに記載します。