

国 保

(調 剤)

平成 年 月分 調剤報酬総括請求書

都道府県番号	薬局コード
1 3	

〒

保険薬局所在地

名称(電話)

開設者氏名



指導整備委員会印	連合会受付印	審査委員会印

国 保 分	区 分		請 求 件 数	処方せん 受付回数	請 求 点 数	公費併用件数
	都 内 分	国 保				
退職者						
老健※						
計						
都 外 分	国 保					
	退職者					
	老健※					
	計					

※平成20年3月診療分にて廃止となりました。月遅れ請求等がある場合について記入願います。

後 期 高 齢 者	区 分		請 求 件 数	処方せん 受付回数	請 求 点 数	公費併用件数
	都 内 分					
	都 外 分					

処方せん受付回数合計 (国保+社保+後期)	回
-----------------------	---