



国保 令和 年 月分調剤報酬請求書

保険者（別記）殿

保険薬局の所在地

及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

令和 年 月 日

保険者番号	都道府県番号	薬局コード	表別
	13		調剤 4

〔国民健康保険〕

区分			件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	
一般被 保 険 者	七〇歳 以上	8割 請求	82				
		※決定					
	7割	請求	72				
		※決定					
	一般被 保 険 者	割	請求	4			
			※決定				
7割	請求	2					
	※決定						
者	6歳未満	請求	32				
		※決定					

〔公費負担医療〕

区分		件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被 保 険 者	件数	
		金額	円

※欄は記入しないで下さい。