



国 保

(調 剤)

令和 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				
		計				
	都 外 分	国 保				
		退職者				
計						

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 + 後期)	回
----------------------	---

電子媒体	FD	MO	CD-R	枚
------	----	----	------	---

紙 媒 体

※該当に○をして下さい。なお、電子媒体 (FD、MO、CD-R) の場合は、媒体枚数の記入をお願いします。
 ※同月内に電子媒体と紙媒体 (再請求分等) をご請求の場合は、媒体ごとに総括請求書の提出が必要となります。