



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	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				

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。