



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					
6歳未満		請求	32				
		※決定					
退 職 者	七〇歳以上	9割 請求	96				
		※決定					
	7割	請求	70				
		※決定					
	本人		請求	76			
			※決定				
	被扶養者		請求	8			
			※決定				
6歳未満		請求	38				
		※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

※高額療養費	一般被 保 険 者	件数		退 職 者	件数		
		金額			金額		
			円				円

※欄は記入しないで下さい。

令和元年5月改正