



# 国保 令和 年 月分調剤報酬請求書

後期高齢者医療広域連合( 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

広域連合番号				都道府 県番号	薬 局 コ ー ド				表 別		
3	9			1	3					調 剤	4

〔後期高齢者医療〕

区 分		件 数	処 方 せ ん 受 付 回 数	点 数	一 部 負 担 金
9 割	請求	29			
	※決定				
7 割	請求	27			
	※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				

※高額療養費	件数	
	金額	円

※欄は記入しないで下さい。