国民健康保険･療養費支給申請用

調剤報酬明細書（医療機関記入欄）　年　月分

患者氏名		男・女	昭 平 令　年　月　日生	特記事項	
保険医療機関の所在地及び名称	所在地 名称	保険医氏名	1. 2. 3.	受付回数	保険　日 公費①　日 公費②　日

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数
			医薬品名･規格･用量･剤形･用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							

摘要		※高額療養費　円
		※公費負担点数　点
		※公費負担点数　点

保険	請求　点	※決定　点	一部負担金額　円 減額　割(円)免除･支払猶予	調剤基本料　点	時間外等加算　点	薬学管理料　点
公費①	点	※　点	円	点	点	点
公費②	点	※　点	円	点	点	点

	領収金額	円

上記のとおり調剤し　年　月　日から　年　月　日までの費用を領収しました。

令和　年　月　日

所在地･電話番号

薬局名

薬剤師氏名　㊞

注　記入事項を訂正する場合は必ず訂正印を押してください。

注　本書は保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです。