

年 月分 調剤報酬請求書送り状
 (国保連合会宛)

レセ区分	0	1	2	3
採択	4			
B. H				

審査支払様式第四号

保険薬局の
所在地及び名称

開設者氏名

府県

薬局コード

37

区分 法制番号	請求		一部負担金 (患者負担金)	増減点		返戻		修正 区分	
	件数	点		増	減	件数	点		
00	9 8 0 3	国民健康 被保険者	70歳以上 一般・低所得						
			70歳以上 7割						
			一般						
			6歳						
67	1 2 3	健康 退職者	本人						
			被扶養者						
			6歳						

10	0	感 37の2条							
21	0	精神通院							
	0								
	0								
	0								
	0								

処方せん 受付回数	支払基金分	回
	国保連合会	回
	計	回

注意 1、 の部分に記入して下さい。

- 一般被保険者、退職者欄はそれぞれ別掲です。
- 公費負担医療は、一般被保険者、退職者欄の再掲です。
- 法制番号の記入のない公費は、順次空欄に記入してください。
- 処方せん受付回数は各請求月の受付回数を記入してください。
- 処方せん受付回数のうち支払基金分は医療保険、国保連合会分は国民健康保険+後期高齢者の合計を記入してください。