

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				

保険薬局の
所在地及び名称

開設者氏名

府県
37

薬局コード

後期高齢者

区 法	制	分 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 数		増	減	件 数	点 数	
39	9	後 期 高 齢 者	9	割							
	7		7	割							

公費負担医療

10	0	感 37の2条								
21	0	精 神 通 院								
	0									
	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。
- 公費負担医療は、後期高齢者欄の再掲です。
 - 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。