

平成 年 月分

調剤報酬請求書

様式第九(第二条関係)

保険薬局の
所在地及び名称

広域連合 殿

電話番号

開設者氏名

印

下記のとおり請求する

平成 年 月 日

県番号	薬	局	コ	ー	下
37					

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期高齢医療	後期高齢 9割	請求				
		※決定				
	後期高齢 7割	請求				
		※決定				

公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 1. ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。