

令和 年 月 分

# 調剤報酬請求書

保険者  
(別記) 殿

保険薬局の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

下記のとおり請求する。

保険者番号				

県番号
25

薬局コード

令和 年 月 日

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考	
国民健康保険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 91	件	回	点	円	
		※ 決定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 81					
		※ 決定					
	一般被保険者	請求 71					
		※ 決定					
	一般被保険者 (6歳)	請求 31					
		※ 決定					
	退職者	本人	請求 851				
			※ 決定				
	被扶養者	請求 771					
		※ 決定					
6歳	請求 371						
	※ 決定						
公費負担医療	福祉	請求 401	件	回	点	円	
		※ 決定					
		請求					
		※ 決定					
		請求					
		※ 決定					
		請求					
		※ 決定					

様式第七

- 備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。  
 2. ※印の欄は、記入しないでください。  
 3. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄(請求401)に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載してください。