

令和 年 月分 後期高齢者医療調剤報酬請求書

() 後期高齢者医療広域連合 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。

令和 年 月 日

県番号
25

薬局コード

後期高齢者医療

		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期高齢者 (一般・低所得)	請求	2				
	※決定	2				
後期高齢者 (7割)	請求	2				
	※決定	2				

公 費 負 担 医 療	請求	2			
	※決定	2			
	請求	2			
	※決定	2			
	請求	2			
	※決定	2			
	請求	2			
	※決定	2			
	請求	2			
	※決定	2			

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(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、公費負担医療欄に再掲し、福祉医療助成番号毎に合計の上、記載してください。

様式第九