

国民健康保険調剤報酬請求書

様式第七

令和 年 月 日 保険薬局の所在地

保険者 名 称
様 開設者氏名

下記のとおり請求する。

		保 険 者 番 号		県番号	薬 局 コード	
				2 8		
令和 年 月 日						
請求区分	件数	処方箋受付回数	点数	一部負担金	備考	
国民健康保険 一般被保険者	70歳以上 一般・低所得			円		
	70歳以上 7割					
	一般被保険者					
	6歳					
請求合計						
決定合計						

請求区分	件数	処方箋受付回数	点数	一部負担金
公費負担医療				円

総計誤算		増減状況	
増点	減点	増点	減点

高額療養費	件数	金額
一般被保険者		円
<hr/>		

返 戻	件数	処方箋受付回数	点数	一部負担金
				円

備考 1 この用紙は、A列4番とすること。

2 表については、太線の表のみ記入してください。