

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						
退 職 者	本 人						
	被扶養者						
	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
退 職 者		円

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。