

後期高齢者医療調剤報酬請求書

様式第九

令和 年 月分

保険薬局の所在地

各広域連合 様

名 称

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
令和 年 月 日		3	9			2	8
請 求 区 分	件 数	処方箋受付回数	点 数		一部負担金		備 考
後期高齢 一般・低所得	請求					円	
	※決定						
後期高齢 7割	請求						
	※決定						

請 求 区 分	件 数	処方箋受付回数	点 数		一部負担金		備 考
公費負担医療	請求					円	
	※決定						
	請求						
	※決定						
	請求						
	※決定						

備 考

- 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。

※高額療養費	件数	
	金額	円