

調剤費領収明細書

被保険者証 記号・番号	40						氏名		男・女	昭和 平成	年生
----------------	----	--	--	--	--	--	----	--	-----	----------	----

所在地及び 医療機関の 名称		保険 医氏名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	受付 回数	回
----------------------	--	-----------	----------------------------	-----------------------------	----------	---

注意	医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数 ※		
				医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
2 1 ※国民健康保険 療養報酬明細書の記載 方に記入してください。		.	.		点		点	点	点
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						
		.	.						

受 領 額 円

摘要							
摘要	請求 点	決定 点	薬剤一部負担金 点 <small>年・免 減額</small>	一部負担金 点 <small>割(円) 免除・支払猶可</small>	調剤基本料 点	時間外等加算 点	指導料 点

上記のとおり診療を行い、その金額を領収いたしました。(領収日 年 月 日)
平成 年 月 日

住 所
薬剤師 氏 名

電話番号 () ④