調 剤 費 領 収 明 細 書

被保険者証記号・番号	4 0	氏名		男・女	年生
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1.　　6. 2.　　7. 3.　　8. 4.　　9. 5.　　10.	受付回数	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料	※
	・	・		点		点	点	点	
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
				受領金額				円	

摘要		

保険	請求 点	決定 点	薬剤一部負担金額 円 年・免	一部負担金額 円 減額 割(円)免除・支払猶予	調剤基本料 点	時間外等加算 点	指導料 点

上記のとおり調剤を行い、その料金を領収いたしました。(領収日　　年　　月　　日)

年　　月　　日

薬剤師　住所

氏名

電話番号　(　　　)

注意 1 国民健康保険診療報酬明細書の記載方にならい記入して下さい。
2 ※印の欄は、記入しないで下さい。