大阪市国民健康保険調剤費明細書

令和　年　月分

都道府県番号　　薬局コード

氏名	特記事項	保険者番号	給付割合
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生			10 9 8 7( )
職務上の事由：1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		被保険者記号・番号	

保険医療機関の所在地及び名称	保険医氏名	受付回数
	1. 6. 2. 7. 3. 8. 4. 9. 5. 10.	保険 回 公費① 回 公費② 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	処方 単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	調剤報酬点数 薬剤料	調剤報酬点数 加算料	公費分点数
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							

摘要		※高額療養費	円
		※公費負担点数	点
		※公費負担点数	点

	請求	※決定	一部負担金額	調剤基本料	時間外等加算	指導料
保険	点	点	円 減額 割(円)免除・支払猶予	点	点	点
公費①	点	※ 点	円	点	点	点
公費②	点	※ 点	円	点	点	点

上記のとおり調剤し、その費用を受領したことを証明します。

令和　年　月　日

住　所

薬剤師　医療機関名称

氏　名　　（電話　－　）

（注）1. 国民健康保険診療報酬明細書の記載要領によって記入してください。

2. ※印の箇所は記入しないでください。

（給520）