

調剤費請求明細書(薬局用)

氏 名

処方せんを交付した医療機関の		所在地 名称 医師の氏名						受付回数	回
処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			審 査 点	
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料 点		調剤料 点	薬剤料 点	加算料 点		
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
.	.								
適用									
請 求 点	決 定 点	調剤基本料	時間外等加算	指 導 料					
健康保険等の法令 による受給関係		受給の有無	有 無						
		保険の名称							
		支給される額	円						
		一部負担金	円						
調 剤 費 請 求 額							円	円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。									
年 月 日				薬 局 の					
				所在地 名称 薬剤師の氏名					

(注意事項)

- 1 印の欄は記入しないこと。また、該当する「」にレ印を記入すること。
- 2 この調剤費請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した薬剤師の証明書(調剤報酬明細書)を添付してもよいこと。
- 3 消防組織法等に基づく療養に要する費用(調剤費等)に係る消費税は、すべて非課税です(根拠 消費税法施行令第14条第17号)。