

調剤費請求明細書(薬局用)

		氏 名					回							
処方せんを交付した医療機関の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr><td style="font-size: 2em;">}</td><td>所在地</td></tr> <tr><td></td><td>名称</td></tr> <tr><td></td><td>医師の氏名</td></tr> </table>							}	所在地		名称		医師の氏名	受 付 回 数	
}	所在地													
	名称													
	医師の氏名													
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		調剤料	薬剤料	加算料							
・	・		点		点	点	点							
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
・	・													
適 用														
請 求 点	※ 決 定 点	調剤基本料	時間外等加算	指 導 料										
健康保険等他の法令 による受給関係		受 給 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
		保 険 の 名 称												
		支 給 さ れ る 額												
		一 部 負 担 金												
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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 年 月 日 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 所 在 地 名 称 薬 局 の 薬 剤 師 の 氏 名 </div> </div>														

[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)。