

調剤費請求明細書

被災職員の氏名							
処方せんを交付した診療機関の所在地 名称 医師の氏名							
調剤期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	調剤実日数	日		
処方月日	調剤月日	剤型	処方	所定単位当たり点数	調剤数量	調剤報酬点数	日
・	・	内服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	屯服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	内服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	屯服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	内服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	屯服		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・	その他		調剤料			点
・	・			薬剤料			
・	・			計			
処方せん受付回数			回	調剤基本料			点
				時間外加算等			点
				指導料			点
摘要				合計点数			点
				合計金額			円
上記の記載事項は事実と相違ないことを証明します。							
年 月 日							
所在地 薬局の名称 薬剤師の氏名							