３号紙

|  |  |
| --- | --- |
| 　調剤費請求明細 | （職員氏名） |
| 処方せんを交付した医療機関の | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 担 当 医氏　　名 | １.　　　　　　　　　　　　　　　　　　３.　　　　　　　　　　　　　　　　　　２.　　　　　　　　　　　　　　　　　　４.　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 調剤期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　日間　調剤実日数　　日 |
| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処　　　　　　方 | 調　剤数　量 | 調　剤　報　酬　点　数 |
| 医薬品名・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 |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
|  | ・ | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 処方せん受付回数 | 回 | 摘要 |  |
| 調剤基本料（点） | 時間外加算等（点） | 指導料（点） | 合計点数　　　　　 点 |
| 　　　　　　　　　 　 | 　　　　　　　　　 　 | 合計金額　　　　　 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |