

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	調 剤 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									