3 号 紙

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
		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	点
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
適　用								

請　求　点	※決　定　点	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指　導　料　点

健康保険等他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(診療費、文書料、治療材料費等)では、消費税が非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。