

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		令和 年 月 日から 令和 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 量 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		薬剤調整料 調剤管理料	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。 令和 年 月 日 薬局の {所在地 名称 薬剤師の氏名								