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 | １．２． | ３．４． |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　薬局の　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称薬剤師の氏名 |