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 | | | | | | | | | | | | |