

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	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単剤薬剤料		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 { 郵便番号 所在地 名称 薬剤師の氏名								