

記載例

調剤費請求明細				(職員氏名) 秋田 春男				
処方せんを交付した医療機関の		名称	□□病院					
		所在地	〇〇市〇〇町〇-〇					
担当医氏名		1. 〇 〇 〇 〇		3.		4.		
調剤期間		令和7年7月8日から 令和7年7月14日まで 7日間 調剤実日数 1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
	7・8	7・8	エンペラシン配合錠 2錠 内服 朝夕食後	点 1	7	点 24 4	点 7	点
	7・8	7・8	リンデロンVG軟膏 0.12% 5g 2~3回	14	1	10	14	
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		1回	摘要	基A地支B連強後B薬DX				
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数		243点
122				(医情A) 1 (薬C) 1				
				62		合計金額		2,430円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和7年8月5日								
薬局の			郵便番号	000-0000				
			所在地	〇〇市〇〇町△-△-△				
			名称	△△調剤薬局				
			薬剤師の氏名	△ △ △ △				