

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) 土佐太郎				
処方せんを交付した診療機関の		名称	〇〇病院					
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地					
担当医氏名		1. 甲野乙郎		3.		4.		
調剤期間		平成30年 7月 1日から 30年 〇月 〇日まで				日間 調剤実日数 2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		調剤料	薬剤料	加算料
1	7・1	7・1	〇〇〇	点 〇〇	〇	点 〇〇	点 〇〇	点
1	〇・〇	〇・〇	〇〇〇	〇〇	〇	〇〇	〇〇	
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		2回	摘要					
調剤基本料 (点) 〇〇〇		時間外加算等 (点)		指導料 (点) 〇〇〇		合計点数		〇〇〇点
				〇〇〇		合計金額		〇〇〇〇円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
平成 年 月 日								
薬局の			{ 所在地 名称 薬剤師の氏名			[※記載不要]		

処方せん (写) を添付してください。