立替払用

領収（調剤）明細書【調剤】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	3 昭 4 平　　年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称		医師氏名	① ② ③ ④ ⑤	処方せん受付回数	回
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数数
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
摘要									

調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料	合計	円
点	点	点		（上記のうち、公費負担額　　円）

上記のとおり領収（調剤）いたしました。

平成　　年　　月　　日

所在地

調剤薬局　名称

調剤師氏名　　㊞

電話番号　（　　）　　－

療養費領収書発行についてお願い

２１　療養費支給上必要ですので、お手数ですがこの領収明細書欄に診療内容をご記入のうえお渡し願います。領収金額を訂正したときは訂正印を押捺してください。