

診療報酬明細書（調剤）

| 保険証の記号・番号   |          | -  |          | 事業所の名称   |           |      |       |
|-------------|----------|--|----------|----------|-----------|------|-------|
| 患者氏名        |          |  |          | 性別       | 男・女       | 生年月日 | 年 月 日 |
| 医療機関        |          |  |          |          |           |      |       |
| 保険医氏名       |          |  |          |          |           | 受付回数 | 回     |
| 処方<br>月日    | 調剤<br>月日 | 処 方  |          | 調剤<br>数量 | 調剤報酬金額(円) |      |       |
|             |          | 医薬品名・規格・用量・剤型・用法   | 単位薬剤料(円) |          | 調剤料       | 薬剤料  | 加算料   |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
|             |          |  |          |          |           |      |       |
| 摘要          |          |  |          |          |           |      |       |
| 合 計         |          |  |          | 円        |           |      |       |
| 担当医師<br>の証明 |          | 上記のとおり証明します。 所在地<br>令和 年 月 日 名 称<br>氏 名 (印)<br>TEL ( ) - |          |          |           |      |       |