様式第五

○ 調剤報酬明細書

平成　　年　　月分

都道府県番号　薬局コード

4 調剤	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7

―		―	
公費負担者番号 ①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号 ②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	10 9 8 7 (　)

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

氏名	1男　2女　1明 2大 3昭 4平　.　.　生	特記事項
職務上の事由	1職務上　2下船後3月以内　3通勤災害	

保険薬局の所在地及び名称

保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1　6 2　7 3　8 4　9 5　10
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	

受付回数	
保険	回
公費①	回
公費②	回

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

摘要		※高額療養費	円
		※公費負担点数	点
		※公費負担点数	点

	請求 点	※ 決定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
保険			減額　割(円)　免除・支払猶予			
公費①	点	※ 点	円	点	点	点
公費②	点	※ 点	円	点	点	点

備考　1．この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。
　　　2．※印の欄は、記入しないこと。