

調劑報酬明細書

令和 年 月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等		氏名				男	平成 令和	年	月	日生
						女				
保険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称				保 険 医 氏 名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.		受 付 回 数		回
	処方月日	調剤月日	処 方		調剤	調 剤 報 酬 点 数				
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	数量	薬剤調製料 調剤管理料	薬 剤 料	加 算 料		
	・	・			点		点	点	点	
	・	・								
	・	・								
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
摘 要										
合計			点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬 学 管 理 料 点				
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏 名										
※ 決 定		10円× 点 × $\frac{4}{10}$ = 円								

- (注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明において 公費負担医療制度の利用状況 について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）			
①記入者* ☐ 保護者 ☐ 学校(園) ☐ 設置者 ☐ 医療機関	②公費負担医療制度* ☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (右欄記入)	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子どもも医療助成 ☐ 障害者総合支援法* ☐ その他	円
		(利用している制度を記入) { 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)	