

記入例【調剤報酬明細書】

- ① 病院や診療所で薬の処方箋をもらい、病院外の調剤薬局で薬を処方していただいたときに使用します。
- ② 同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。

別紙3(7)

調剤報酬明細書

平成24年12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	安全 健二		性別	男	出生年月日	昭和 平成	12	年	7	月	7	日生	
所在地及び名称 保険医療機関の	〇〇市〇〇■-■ 〇〇市立病院			1. 健康 太郎	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
処方月日	調剤月日	処方	調剤	調剤報酬点数			受付回数	1	回					
12・10	12・10	モーステープ 7cm×10cm 足関節部1日2回貼付 28枚	108	点	1	数量	調剤料	10	点	薬剤料	108	点	加算料	点
<p>処方箋を発行した医療機関名、保険医師名が記入されているか確認してください。(保険薬局ではない)</p> <p>診療開始日以前の処方・調剤分が含まれていないが確認してください。</p> <p>この合計点数を、「医療費支払請求書」に入力(記入)してください。</p> <p>薬局名押印漏れがないか確認してください。</p>														
摘要														
合計	点	調剤基本料	点	時間外等加算	点	指導料	点							
	209	50				41								
上記のとおりです。														
平成25年1月5日														
〇〇市〇〇■-■ 〇〇〇 薬局 健康 六郎														
※ 決定	10円×													

療養年月の記入漏れがないか確認してください。

処方箋を発行した医療機関名、保険医師名が記入されているか確認してください。(保険薬局ではない)

診療開始日以前の処方・調剤分が含まれていないが確認してください。

この合計点数を、「医療費支払請求書」に入力(記入)してください。

薬局名押印漏れがないか確認してください。

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者として使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

公費負担医療制度を利用している場合は、保護者に記入していただく必要があります。保護者が記入できない場合は、学校・設置者で記入してください(保険薬局でご協力いただける場合は、保険薬局で記入していただいてもかまいません。)

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は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。)

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者	(利用している制度がない)	その他()
学校(園)	場合はその他に記入	
設置者	自己負担額	
保険薬局	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円