

「調剤報酬明細書」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。
院外処方箋の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

別紙3(7)

学校(保育所等)記入欄
立 学校(園)

調剤報酬明細書 令和〇年〇月〇日

被災児童等 氏名 **安全 健二** (男) 平成〇年〇月〇日生

所在地及び名称 **〇〇市〇〇区〇〇-1-2-3 〇〇記念外科病院**

保険医療機関名 1. **健康 太郎** 6. 受付回数 **1** 回

| 処方月日 | 調剤月日 | 処方品名・規格・用量・剤形・用法 | 単位薬剤料 | 調剤枚数 | 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|------|------|------------------------------------|-------|------|-----|-----|-----|
| 6・11 | 6・11 | モーラステープ 7cm×10cm 足関節部1日2回貼付 28枚 | 108 | 1 | 10 | 108 | |
| 摘要 | | | | | | | |
| 合計 | | | 209 | 50 | | | 41 |

上記のとおりです。
令和〇年〇月〇日 〇〇市〇〇区〇〇-1-2-3 〇〇薬局 健康 太郎

※ 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。
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を利用した場合は下記の記入にご協力ください。(※特記事項は項目に○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(利用している制度がない場合はその他に記入) |
| 保護者 | 自己負担額 | |
| 学校(園) | | |
| 被保険者 | | |
| 保険薬局 | | |

この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

処方箋を発行した医療機関名、保険医氏名を記入してください。

- ・学校の管理下での災害による傷病名に係る調剤分のみ記入してください。
- ・診療開始日以前の処方・調剤分は記入しないようにお願いします。

証明日・保険薬局所在地及び名称・氏名の記入、◎をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくをお願いします。

* 証明いただいた内容が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、確認をさせていただく場合があります。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

学校安全Webホームページ：[https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/](https://www.jpnsport.go.jp/anzen/)に詳細を掲載しています。



JAPAN SPORT
COUNCIL