

調剤報酬領収済明細書 令和 年 月分

受診者氏名				性別	男 ・ 女	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		
医療機関				医師氏名	1 2 3			受付回数	回
医師番号	処方 月 日	調 剤 月 日	処 方		調剤 数量	調剤報酬点数 点			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料点		調剤料	薬剤料	加算料	
摘要					基本料 点	時間外 点		薬学管理料 点	
保険	請 求 点			領 収 済 額					
	点			円					
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 薬局名 所在地 電話番号									