

調剤報酬領収済明細書

年 月 分

受診者氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日	
医療機関	医療機関コード			医師氏名	1 2 3 4	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		
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
				円		円	円	円
摘要								
調剤基本料		時間外等加算	薬学管理料		領 収 済 額			
円		円	円		円			
上記のとおり証明します。								
年 月 日								
薬 局 名								
所 在 地								
電 話 番 号								
薬 局 コ ー ド								

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当