

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									

●医療機関仕様の様式でも可

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