

# 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	調剤	処 方		調剤	調 剤 報 酬		
	月日	月日	医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	数量	調剤料	薬剤料	加算料
				円		円	円	円
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;">摘要</div> <div style="width: 90%;"></div> </div>								
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     年 月 日                      薬 局 名                      所 在 地                      電 話 番 号                      薬 局 コ ー ド                 </div>								

●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