*11 調剤費請求明細					(職員氏名)					
処方せんを交付した医療機関			名 称							
			所在地							
担业层 1.							3.			
担当医 氏 名 2.		4 .								
		 年 月	日か	ら平成	年 月		で 日間	調剤実日	数 日	
医師	re fi			処方			調剤	調剤報酬点数		
番号	処方月日	調剤月日	医薬品名・ 剤型・用法	規格・	用量•	単位 薬剤料	数量	調剤料	薬剤料	加算料
						点		点	点	点
	•							-		
		•						1		
		•								
]							
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•									
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
	•	•								
処方せん受付回数			回	摘要						
調剤基本料(点)			時間外加算点等(点)			指導料(点)		合計点数		点
								合計金額		円
上記: (> ,	事項は事実 の欄の記す	と相違なV は 調剤!!	・ことを証明 ことを証明	しま [*] 割師 ¹	す。 と を を を を を を を を を が は る に る に る に る り る り る り る り る り る り る り	他 の費田の)受領を季	任する場合に	ナ不要です)
(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) 令和 年 月 日									,	
			- 所 在	地						
	診療機	幾関の	名	称						(cn)
	診療格	機関の	名医師の氏							印)