

# 調 剤 報 酬 明 細 書

平成 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名	男	昭和 平成			受 付 回 数	回											
		女	年	月	日													
所在地及び名称 保険医療機関の		1.	6.			回	点											
		2.	7.					点	点									
		3.	8.							点	点							
		4.	9.									点	点					
		5.	10.											点	点			
	処方年月日	調剤月日	処 方		調 剤 報 酬 点 数											点		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤料												薬 剤 料	加 算 料
	・	・		点	点												点	点
	・	・																
	・	・																
	・	・																
	・	・																
	・	・																
	・	・																
	・	・																
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
・	・																	
摘要																		
合計		点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	指 導 料 点													
上記のとおりです。																		
平成 年 月 日				保険薬局所在地及び名称		氏 名 印												
※ 決 定		10円×	点 × $\frac{4}{10} =$		円													

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。  
2 ※印は、記入しないこと。  
3 この明細書の用紙は、日本工業規格 A 4 縦型とすること。

**【お願い】 上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください (\*該当する項目に○をつけてください。)**

<b>記入者*</b> 保護者 学校(園) 設置者 保険薬局	<b>公費負担医療制度*</b> (利用している制度がない場合はその他に記入)	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者自立支援法 その他 ( )
自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)		円

記入例【調剤報酬明細書】

- ① 病院や診療所で薬の処方箋をもらい、病院外の調剤薬局で薬を処方していただいたときに使用します。
- ② 同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。

別紙3(7)

調剤報酬明細書

平成24年12月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等	氏名	安全 健二		性別	男	昭和	12	年	7	月	7	日生
所在地及び名称	〇〇市〇〇■一■ 〇〇市立病院		1. 健康 太郎	6.		受	1		回	療養年月の記入漏れがないか確認してください。		
処方年月日	調剤年月日	処方	調剤数量	調剤報酬点数								
12・10	12・10	モーステープ 7cm×10cm 足関節部1日2回貼付 28枚	108	1	10	108						
		処方箋を発行した医療機関名、保険医師名が記入されているか確認してください。(保険薬局ではない)								診療開始日以前の処方・調剤分が含まれていないか確認してください。		
		この合計点数を、「医療費支払請求書」に入力(記入)してください。								薬局名押印漏れがないか確認してください。		
摘要		合計	209	調剤基本料	50	時間外等加算			指導料	41		
上記のとおりです。		平成24年1月5日	〇〇市〇〇■一■ 〇〇〇 薬局 健康 六郎									
※ 決 定		10円×								公費負担医療制度を利用している場合は、保護者に記入していただく必要があります。保護者が記入できない場合は、学校・設置者で記入してください(保険薬局で協力いただける場合は、保険薬局で記入していただいてもかまいません。)		

- (注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被介護者等に使用すること。  
2 ※印は、記入しないこと。  
3 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください(\*該当する項目に○をつけてください。)

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者自立支援法
保護者	利用している制度がない	その他( )
学校(園)	場合はその他に記入	
設置者	自己負担額	
保険薬局	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円