

年 月分療養費明細書

患者	住所	千葉県八千代市								
	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
保険医療機関の所在地及び名称					保険医氏名	1 .				
						2 .				
						3 .				
						4 .				
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬金額			審査	
			医薬品名・規格・用法	単位調剤料		薬剤料	調剤料	加算料		
	.	.		円		円	円	円	点	
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
	.	.								
領収金額		円			決定点数		点			
上記のと通りの調剤内容に相違ありません。なお調剤料は確かに領収しました。										
令和 年 月 日										
薬剤師 住所										
氏名 印										

この療養費明細書兼領収書は、緊急その他やむを得ない理由により療養担当者以外の薬剤師について調剤を受けた場合、被保険者の申請により当保険が療養費の支給に関して必要なものですから、調剤内容は（数量）明細に記入して下さい。