

*12 調剤費請求明細				(職員氏名)				
処方せんを交付した医療機関の		名 称						
		所在地						
担 当 医 氏 名		1. 2.		3. 4.				
調剤期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間 調剤実日数 日		
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単 位 薬 剤 料		薬剤調製料 調剤管理料	薬剤料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		回	摘 要					
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数 点		
						合計金額 円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名								