3号紙

調剤費請求明細書（薬局用）

氏　名	

処方せんを交付した医療機関の	所在地 名称 医師の氏名	受付回数	回

処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			※審査
		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	点
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							

摘要		

請求点	※決定点	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指導料　点

健康保険等の法令による受給の関係		
	受給の有無	□ 有　　□ 無
	保険の名称	
	支給される額	円
	一部負担金	円

調剤費請求額	円	※ 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

［注意事項］

1　※印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2　この様式中、処方の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した調剤報酬明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

3　消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。