

子ども  
障害者  
母子・父子家庭  
精神障害

# 医療費請求書

令和 年 月 日

国保特例  
社保・国保組合用

県番号		表別	薬局番号
2	3	4	

長様

薬局所在地  
名称  
開設者氏名  
電話番号

**調剤**

令和 年 月 分を下記のとおり請求します。

金額 円

請求総件数 件 分の 枚の内 枚

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結精 点数	請求 割合	市町村負担額	備考
1					2・1		
2					2・1		
3					2・1		
4					2・1		
5					2・1		
6					2・1		
7					2・1		
8					2・1		
9					2・1		
10					2・1		
11					2・1		
12					2・1		
13					2・1		
14					2・1		
15					2・1		
16					2・1		
17					2・1		
18					2・1		
19					2・1		
20					2・1		
21					2・1		
22					2・1		
23					2・1		
24					2・1		
25					2・1		
計			件	点	点	円	

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)を必ず備考欄に記入して下さい。  
国保特例の場合は特例と表示市町村名  
加入保険が国保組合の場合は組合名  
月遅れ・返戻分の再請は診療年月

但し、社会保険及び国保組合のレセプトが返戻されても、点数、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。