

# 調剤報酬明細書

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
令和 \_\_\_\_\_

○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 女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生				
			所在地及び名称 保険医療機関の	保険医氏名	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____	受付回数
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		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。 令和 ____ 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、日本産業規格 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の利用状況について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。）**

①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*		
		☐ 保護者	☐ 学校(園)	☐ 設置者
☐ 医療機関	☐ 利用なし (記入終了)	☐ その他 (利用している制度を記入) [ _____ ]		
	☐ 利用あり (左欄記入)	自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) _____ 円		