

# 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 生 徒 等	氏 名			男	平成 年 月 日 令和			
				女				
保 險 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		保 險 医 氏 名	1.	6.	受 付 回 数	回		
			2.	7.				
			3.	8.				
			4.	9.				
			5.	10.				
処 方 月 日	調 剤 月 日	處 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			
		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		
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
・	・							
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 險 薬 局 所 在 地 及 び 名 称								
氏 名								
※ 決 定	10円×	$点 \times \frac{4}{10} =$				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を利用した場合は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。）。

<b>記入者*</b>	<b>公費負担医療制度*</b>	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	〔利用している制度がない場合はその他に記入〕	その他〔 〕
学校(園)		
設置者	自己負担額	
保険薬局	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	
円		