

**調剤報酬明細書**

令和 年 月 日

○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		平成 年 月 日 令和	
					女			
所在地及び 保険医療機関の 名称				保険 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	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
.	.				点	点	点	点
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
摘要								
合計		点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点			点
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏名								
※ 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A4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* <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関	②公費負担医療制度* <input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(右欄記入)
<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> その他 (利用している制度を記入) ( )	
自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円	