

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 枚の内 枚

番号	受給者証番号	氏名	総点数	結点数	精数	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) 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 を必ず備考欄に記入して下さい。

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。