

※11 調剤費請求明細		(職員氏名)						
処方せんを交付した診療機関の		所在地 名称 医師の氏名						
調剤期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日						
処方年月日	調剤年月日	剤型	処 方	所定単位当たり点数	調剤数量	調剤報酬点数	点	
・	・	内服	「別紙のとおり」として	調剤料			点	
・	・			屯服	薬剤料			
・	・				計			
・	・	その他						
・	・	内服		調剤料				
・	・			屯服	薬剤料			
・	・				計			
・	・	その他						
・	・	内服		調剤料				
・	・			屯服	薬剤料			
・	・				計			
・	・	その他						
・	・	内服		調剤料				
・	・			屯服	薬剤料			
・	・				計			
・	・	その他						
処方せん受付回数		回		調剤基本料	点			
				投薬特別指導料	点			
摘要				合計点数	点			
				合計金額	円			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
年 月 日								
薬局の		所在地 名称 薬剤師の氏名						

(注) 本様式の記載に代えて薬局が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます。