

## 調剤報酬明細書

平成 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	氏名	性別		生 日				受 付 回 数	回
		男	女	昭和 平成	年	月	日		
所在地及び 保険医療機関 の名称	1. 2. 3. 4. 5.	保 険 医 氏 名				6. 7. 8. 9. 10.			
						調 剤 報 酬 点 数			
処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 料		薬 剤 料	加 算 料	
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		点	点			点
・	・		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。 平成 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏 名 <span style="float: right;">印</span>									
※ 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、日本工業規格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。）。

**【こども医療費助成制度等の利用】**

有 ・ 無

※有の場合、右欄を記入 ⇒

記入者*	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)	{ 利用している制度がない 場合はその他に記入 }	その他 { _____ }
設置者 保険薬局	自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円

※上記の自己負担額には、薬の容器代等の保険適用外のものには記入しないで下さい