

【調剤報酬明細書】提出時の注意

- ①医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に証明をお願いしてください。
- ②保護者での加筆訂正はできません。訂正が必要な場合は、調剤薬局の訂正印が必要になります。
- ③下段の公費負担医療制度の利用状況の欄は保護者の方で御記入をお願いします。

青破線内は調剤薬局が記入

調剤報酬明細書																					
被保険者氏名		安全 健二		性別		平成 〇 年 5 月 〇 日		調剤回数		1											
調剤薬局所在地及び名称				保険医氏名		調剤料		非調剤料		加算											
〇〇市△◆1-2-3 〇〇記念外科病院				1. 健康 太郎		6.		7.		8.											
				3.		4.		9.		10.											
処方月日	調剤月日	処方内容	調剤数量	調剤報酬点数	非調剤料	加算															
5 - 11	6 - 11	モーラステープ 7cm×10cm 足関節部1日2回貼付 28枚	108	1	10	108															
摘要			合計	209	50	41															
上記のとおりです。 令和 〇 年 5 月 20 日 調剤薬局所在地及び名称 〇〇市〇〇一丁目 〇〇〇 薬局 健康 六郎																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">決</td> <td style="width: 10%;">定</td> <td style="width: 10%;">10円×</td> <td style="width: 10%;">点</td> <td style="width: 10%;">×</td> <td style="width: 10%;">$\frac{1}{10}$</td> <td style="width: 10%;">=</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>											決	定	10円×	点	×	$\frac{1}{10}$	=		円		
決	定	10円×	点	×	$\frac{1}{10}$	=		円													

療養月の記入漏れがないか確認してください。

処方箋を発行した医療機関名、保険医氏名が記入されているか確認してください。
薬局名が記入されていることがあるため、ご注意ください。

今回の災害が原因ではない傷病名に係る調剤が含まれている場合、削除をお願いしてください。削除・訂正する場合には、調剤薬局の訂正印が必要です。

調剤薬局所在地、名称、氏名、押印に漏れがないか確認してください。

公費負担医療制度の利用の記入については、保護者による記入をお願いします。調剤薬局で記入していただいてもかまいません。

この欄は療養月ごとに記入が必要です。

【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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 利用あり(左欄記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input checked="" 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) 〇 円
--	--	---

ここは全員記入

利用ありの場合のみ記入

保護者が記入

公費負担医療制度の利用の記入については、保護者による記入をお願いします。調剤薬局で記入していただいてもかまいません。

この欄は療養月ごとに記入が必要です。

【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***
- 保護者
 - 学校(園)
 - 設置者
 - 医療機関

- ②公費負担医療制度***
- 利用なし(記入終了)
 - 利用あり(左欄記入)

- 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成 障害者総合支援法*
- 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) 〇 円

ここは全員記入

利用ありの場合のみ記入