　[様式第６号　療養補償請求書]　　　　　 　　　　　 ３号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊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 | | | | | 名 称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 担　当　医  氏　　　名 | | | １．　　　　　　　　　　　　　　　　３．  ２．　 ４． | | | | | | | | | | | | | |
| 調 剤 期 間 | | | 令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　日間　調剤実日数　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師  番号 | 処方月日 | 調剤月日 | | | | 処 　　　方 | | | | | | | 調調剤数量 | 調 剤 報 酬 点 数 | | |
| 医 療 品 名・規 格・用 量・  剤 型・用 法 | | | | | | 単　位  薬剤料 | 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|  | ・ | ・ | | | |  | | | | | | 点 |  | 点 | 点 | 点 |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
|  | ・ | ・ | | | |  |
| 処方せん受付回数 | | | | | | 回 | | 摘要 |  | | | | | | | |
| 調剤基本料(点) | | | | 時間外加算等(点) | | | | | | 指導料(点) | | | | 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。）  令和　　　年　　月　　日    所 在 地  薬局の　 名 称  薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |