後期高齢者医療 請求添付票

	1
	1
6.	

事務済印

令和	年	月分	県	内	分	県	外	分

開設者氏名

TEL (

分 [県	内	分	県	外	分	
	=	(-)	
保険薬局							
の所在地							
及び名称							- 1

) (

		入	カ	バ	ッ	チ	
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード		No.	ラスト
45		4	7				

□ *−*

薬 局

受 付 印	受付月日
	月 日

審査済印

枚数	担当者	入力	年 月	日	担当者
		年	月	日	