

令和  年  月分調剤報酬総括票

審査済印



県内分

県外分

|      |       |                               |                           |
|------|-------|-------------------------------|---------------------------|
| 事務済印 | 薬局コード | 保険薬局<br>の所在地<br>及び名称<br>開設者氏名 | 〒 (        ) (        )   |
|      |       |                               | TEL (        ) (        ) |

| 入カバツチ    |            |           |            |           |          |          | 請求書<br>枚数<br>⑭ | 明細書<br>枚数<br>⑮ | 返戻<br>枚数<br>⑯ | ⑰<br>枚数<br>⑱ | ⑲<br>枚数<br>⑳ |
|----------|------------|-----------|------------|-----------|----------|----------|----------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| 県番号<br>⑧ | 決済コード<br>② | 点数区分<br>③ | 種別コード<br>④ | 係コード<br>⑤ | No.<br>⑥ | ラスト<br>⑦ |                |                |               |              |              |
| 45       |            | 4         | 1          |           |          |          |                |                |               |              |              |

| 国<br>保<br>分 | 区 分   | 件 数 | 点 数 |
|-------------|-------|-----|-----|
|             | 一 般   |     |     |
|             | 退 職 者 |     |     |
|             |       |     |     |
|             | 合 計   |     |     |
| 後 期         |       |     |     |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 総合計（国保＋後期） |  |  |
|------------|--|--|

|                                                                         |   |       |             |       |
|-------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------------|-------|
| 処方せん受付回数                                                                | 回 | 担 当 者 | 入 力 年 月 日   | 担 当 者 |
| ※ 処方せん受付回数については、社保分を含む当月総受付枚数を記載して下さい。<br>また、分冊する場合は、主たるものにまとめて記載して下さい。 |   |       | 年    月    日 |       |

第三者行為（交通事故等）に該当する場合は、レセプトの特記事項欄に『10・第三』と、洩れのないように記載をお願いします。

宮崎県国民健康保険団体連合会

令和  年  月分調剤報酬明細書送付票

|                                |       |       |     |     |     |  |
|--------------------------------|-------|-------|-----|-----|-----|--|
| 受付印<br><br><br>受付月日<br><br>月 日 | 薬局コード |       | 県内分 |     | 県外分 |  |
|                                | 送付月日  | (国保分) | 件 数 | 点 数 |     |  |
|                                | 月 日   |       |     |     |     |  |
|                                | 送付別   | (後期分) | 件 数 | 点 数 |     |  |
|                                | 直送・郵送 |       |     |     |     |  |

(注) 太線の枠内のみ保険薬局において記入し、毎月10日までに必着するようにご提出下さい。