

令和 年 月分診療報酬等請求総括表

調 剤

<薬局様用>

* 紙レセプト分のみ記入して下さい。

* 太枠内のみご記入ください。

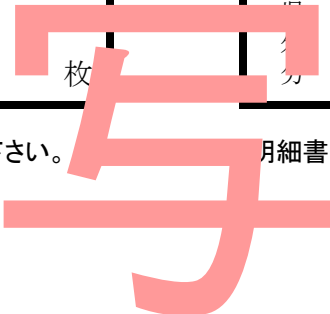
薬局コード								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

薬局名称	電話番号() -
------	-------------------

請求書枚数		
	国 保	後 期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

明細書件数			
	国 保	後 期	合 計
県内分	件	件	件
県外分	件	件	件

* 請求書枚数は分冊の数も含めて記入して下さい。明細書件数は、県外分も含めた件数を記入して下さい。



<長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用>

事務処理	受付	補筆	点検	決定	確認

受付印

審査済印

備考		O					
		C					
		R					
		入					
		力					