

*11 調剤費請求明細	(職員氏名) 群馬 太郎
-------------	--------------

処方せんを交付した診療機関の	名 称	前橋〇〇病院
	所在地	前橋市朝日町〇-〇

担当医名	1.	〇〇〇〇	3.
	2.		4.

調剤期間	〇年〇月〇日から 〇年〇月〇日まで 〇日間 〇調剤実日数 日
------	--------------------------------

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単 位 薬剤料		薬剤調整料 調剤管理料	薬剤料	加算料
1	4 . 7	4 . 7	セルツパ [®] ヲフ 70 21枚	58点	1	10点	58点	点
			(10cm×14cm)		1	10	58	
1	4 . 21	4 . 21	足 1日2回貼付		1	10	58	
1	5 . 14	5 . 14	ボルタレン [®] 1% 50g	49	1	10	49	
			足 1日3~4回 塗布					

処方せん受付回数	6 回	摘要	
----------	-----	----	--

調剤基本料 (点)	時間外加算等 (点)	指導料 (点)	合計点数
240		6	819 点
		180	合計金額
			8,190 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。)

〇年 〇月 〇日

**被災職員が費用を自己負担した場合のみ、
薬局の証明を受けてください。**

薬局の { 名 称 〇〇調剤薬局 大手町店
所 在 地 前橋市大手町〇-〇-〇
薬剤師の氏名 〇〇〇〇