

[ 様式: 医第2-3号 ]

調剤報酬明細書 (医療機関で記入のこと)  
年 月分

被保険者氏名			特記事項	保険薬局の所在地及び名称				受付回数	保	回
氏名	SHR . . . 生				1	6	①		回	
医療機関			2	7	②	回				
			3	8						
			4	9						
			5	10						
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	単位薬剤料点		調剤料	薬剤料	加算料		
摘要										
合計			点	基本料	点	時間外	点	指導料		
①										
②										