

[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					保険薬 局の所 在地及 び名称			
氏名	SHR . . . 生	特記事項						
医療機関					1 6 2 7 3 8 4 9 5 10	受付回数	保 回 ① 回 ② 回	
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								