様式第三号

年　月分　公害調剤報酬請求書　（薬局用）

区　分	件　　数	金　　額
請　求　額	件	円
※　決　定　額	件	円

上記のとおり請求する。

年　　月　　日

薬　局コード

所在地

公害医療機関

名　称

（電 話）

開設者の氏名又は名称　　印

（宛先）大田区長

注意　※印の欄は、記入しないこと。

---------- 切り取らないでください。----------

審　　査　　録

審査月 ・ 収受番号	審 査 委 員

意　見

公害調剤報酬明細書　　　　年　　月分

様式第四号

公害医療手帳の記号番号	大田（11）－
氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　　年生

公害医療機関の所在地及び名称

病院又は診療所の所在地及び名称		処方せんを交付した医師の氏名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	処方せん受付回数　　回
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード			

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方 単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	調剤報酬点数 薬剤料	調剤報酬点数 加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
摘要					小計	④　点	⑤　点	⑥　点

①調剤基本料	②時間外等加算	③薬学管理料	合計	⑦　①＋②＋③＋④＋⑥　点	⑨　⑤×10円　円
点	点	点		⑧　⑦×15円　円	
※決定　　円				⑩　⑧＋⑨　円	

注意　※印の欄は、記入しないこと。