

年 月 分 子障親医療費請求書(調剤用)

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 4 | 0 |  |  |
|---|---|--|--|

殿

薬 局  
コ ー ド

下記のとおり請求する。  
年 月 日

保険医療機関等  
の  
所在地及び名称  
開 設 者 氏 名

|                           | 保 険 給 付 別 |      | 件 数 | 処方せん<br>の枚数 | 総 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
|---------------------------|-----------|------|-----|-------------|-------|-------|-----|
| ⑤<br><br>子<br>ど<br>も      | 7 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 8 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 割         | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           |           |      |     |             |       |       |     |
|                           | 保 険 給 付 別 |      | 件 数 | 処方せん<br>の枚数 | 総 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
| ⑥<br><br>障<br>が<br>い<br>者 | 7 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 8 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 割         | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           |           |      |     |             |       |       |     |
|                           | 保 険 給 付 別 |      | 件 数 | 処方せん<br>の枚数 | 総 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
| ⑨<br><br>ひ<br>と<br>り<br>親 | 7 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 8 割       | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |
|                           | 割         | 請 求  |     |             |       |       |     |
|                           |           | *決 定 |     |             |       |       |     |

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。