

# 調劑報酬明細書

令和 年 月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

|                                                |          |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
|------------------------------------------------|----------|----------------------------|-------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------|------------------|---|--|
| 被災児童等<br>生徒等                                   |          | 氏名                         |       |               |                | 男              |                 | 平成<br>令和 | 年 月 日生           |   |  |
|                                                |          |                            |       |               |                | 女              |                 |          |                  |   |  |
| 保険<br>医療<br>機関<br>の<br>所在地及び名称                 |          |                            |       | 保険<br>医氏<br>名 | 1. 2. 3. 4. 5. |                | 6. 7. 8. 9. 10. |          | 受<br>付<br>回<br>数 | 回 |  |
|                                                |          |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| 処方<br>月日                                       | 調剤<br>月日 | 処 方                        |       |               | 調剤<br>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         |                | 薬剤調製料<br>調剤管理料 | 薬 剤 料           | 加 算 料    |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               | 点              | 点              | 点               | 点        |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ・                                              | ・        |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| 摘要                                             |          |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| 合計                                             |          | 点                          | 調剤基本料 | 点             | 時間外等加算         | 点              | 薬学管理料           | 点        |                  |   |  |
|                                                |          |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| 上記のとおり証明します。<br>令和 年 月 日<br>保険薬局所在地及び名称<br>氏 名 |          |                            |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |
| ※ 決 定                                          |          | 10円× 点× $\frac{4}{10}$ ＝ 円 |       |               |                |                |                 |          |                  |   |  |

- (注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。  
2 ※印は、記入しないこと。  
3 この明細書の用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とすること。

|                                                                                                                                                 |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                 |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>【お願い】</b> 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                 |   |
| <b>①記入者*</b><br><input type="checkbox"/> 保護者<br><input type="checkbox"/> 学校（園）<br><input type="checkbox"/> 設置者<br><input type="checkbox"/> 医療機関 | <b>②公費負担医療制度*</b><br><input type="checkbox"/> 利用なし（記入終了）<br><br><input type="checkbox"/> 利用あり（右欄記入） | <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法*<br><input type="checkbox"/> その他<br>（利用している制度を記入） | 円 |
|                                                                                                                                                 |                                                                                                     | 自己負担額<br>（「利用あり」の場合に記入）                                                                                                                                                         | 円 |