三菱電機健康保険組合　行

# ◯ 調剤報酬明細書　　令和　　年　　月分

| 給付割合 | 10 9 8 7 ( ) |
|---|---|

| 氏名 | 1男　2女　3昭 4平 5令　.　.　生 | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | 1職務上　2下船後3月以内　3通勤災害 | |

| 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 | |
|---|---|

| 保険医療機関の所在地及び名称 | | 保険医氏名 | 1 | 6 |
|---|---|---|---|---|
| | | | 2 | 7 |
| | | | 3 | 8 |
| | | | 4 | 9 |
| | | | 5 | 10 |

| 受付回数 | 回 |
|---|---|

| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法 | 単位薬剤料 | 調剤数量 | 報酬点数 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ・ | ・ | | 点 | | 点 | 点 | 点 |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | |

| 摘要 | |
|---|---|

| 保険 | 請求　点 | 負担金額　円 | 調剤基本料　点 | 時間外等加算　点 | 薬学管理料　点 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

上記のとおり調剤いたしました。　　令和　　年　　月　　日

保険医療機関　所在地
名　称
医師名
ＴＥＬ（　　）　　－

［注意事項］医療機関発行のレセプトの写を提出していただける場合は本紙への記入は不要です。

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。