＊11　調剤費請求明細　　（職員氏名）

処方せんを交付した診療機関の	名　称	
	所在地	
担当医氏名	1.　　3.	
	2.　　4.	
調剤期間	年　月　日～　年　月　日間	調剤実日数　日

※　網掛け部分は薬局に記載していただく部分です。

※　診療費請求明細（様式第6号の3号紙）は、診療報酬明細書（レセプト）の添付に代えることができます。

※　本人請求の場合は、診療費請求明細（様式第6号の3号紙）の代わりに領収書及び明細書（いずれも原本）を添付してください。

医師番号	処方月日	調剤月日				調剤報酬点数		
						調整料 管理料	薬剤料	加算料
						点	点	点

処方せん受付回数	回	摘要	
調剤基本料（点）	時間外加算等（点）	指導料（点）	合計点数　点
			合計金額　円

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

（この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）

年　月　日

薬局の
- 名　称
- 所在地
- 薬剤師の氏名