学校（保育所等）記入欄

志木市立志木第二中学校

立　　　　　　　　学校（園）

別紙３（７）

調剤報酬明細書

平成　　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。

被災児童生徒等	氏名		男 女	昭和 平成	年　　月　　日生
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	受付回数　　回

処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	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	指導料　点

上記のとおりです。

平成　　年　　月　　日

保険薬局所在地及び名称

氏名　　　　　　　　　　印

※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、日本工業規格Ａ４縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は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。）。

記入者＊ 保護者・学校(園)・設置者・保険薬局	公費負担医療制度＊ （利用している制度がない場合はその他に記入）	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法 その他（　　　　）
	自己負担額 （公費負担医療制度を利用している場合のみ記入）	円