令和　年　月分診療報酬等請求総括表

調　剤

＜薬局様用＞

＊ 太枠内のみご記入ください。

薬局コード							

薬局名称

電話番号（　　）　－

請求書枚数		
	国　保	後　期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

紙レセプト件数			
	国　保	後　期	合　計
県内分	件	件	件
県外分	件	件	件

＊ 請求書枚数は分冊の数も含めて記入して下さい。

＊ 紙レセプト件数は、県外分も含めた件数を記入して下さい。

＊ 紙レセプト分のみ記入して下さい。

＜長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用＞

事務処理	受付	補筆	点検	決定	確認

受付印

審査済印

備考		OCR入力				

長崎県国民健康保険団体連合会
R04．10版