

令和 年 月分診療報酬等請求総括表

調 剤

<薬局様用>

診療年月にかかわらず、提出月の前月を記入してください。

薬局コード

薬局名称

紙レセプトの件数を記入してください。
※電子レセプトの件数は記入しないでください。

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

請求書の冊数を国保と後期、県内分と県外分に分けて記入してください。

* 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
