Ⅰ．指定医療機関への支払

様式第５号

療　養　の　給　付　請　求　書

認定番号	09－100001

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　殿 下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。	請求年月日　平成　22年2月10日 請求者の住所　熊本市水前寺6丁目18-1 氏名（ふりがな）　くまもと はなこ　熊本　花子　熊本　印

1被災職員に関する事項		
所属団体名 熊本県	所属部局名 総務部　人事課	
氏名 熊本　花子 昭和57年6月9日生（28歳）	職名 主事 ■常勤　□令第1条職員	
	負傷又は発病の年月日　平成22年1月9日	

2 療養を受けようとする指定医療機関			
	（新）	所在地	熊本市水前寺6丁目18－2
		名称	熊本病院
	（旧）	所在地	
		名称	

＊受理	平成　年　月　日	＊通知	平成　年　月　日
＊決定 □支給 □不支給	平成　年　月　日		

〔注意事項〕

1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2　「２　療養を受けようとする指定医療機関」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の所在地及び名称を記入すること。

3　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名　をすることができる。

被災職員記入

□・・・被災職員記入

■・・・医療機関記入

※２回目以降は「療養費請求書」のみ提出

支部様式第22号

地方公務員災害補償基金

療養費請求書

地方公務員災害補償基金
熊本県支部長様

下記の療養費を請求します。

平成22年2月19日

指定医療機関の
- 郵便番号　862－8570
- 所在地　熊本市水前寺6丁目18番2号
- 名称　熊本病院
- 氏名　熊本　太郎　熊本病院印　印
- 電話　096－123－456

請求金額　23,500　円

（請求金額の内訳は別添内訳書のとおり）＊注1(3)

＊負傷又は発病年月日	平成22年1月9日	＊認定番号	09－100001
＊所属部局	熊本県総務部人事課	＊被災者氏名	熊本　花子

傷病の経過	カマで右膝を受傷。外来にて縫合処置と創傷処置を行った。 平成22年1月20日　治ゆ					
転帰 （該当事由に○印を記入ください）	平成　22年　1月　20日					
	治ゆ　○	継続	転医	中止	死亡	

送金先	振込先金融機関名	熊本銀行　県庁支店
	預金科目	■普通預金No. 9999999　□当座預金No.
	フリガナ 預金名義	クマモトヒョウイン　インチョウ　クマモトタロウ 熊本病院　院長　熊本太郎

注1　医療機関の方へ

(1)この請求書は、公務上又は通勤より負傷し又は疾病にかかった地方公務員が診療を受ける際に使用するものです。
なお、療養に要した費用は、地方公務員災害補償基金熊本県支部から口座振替の方法により直接支払いますので本人には請求しないでください。
(2)地方公務員災害補償法に基づく療養補償に対する消費税は非課税となります。
(3)請求の際は、通常使用されている診療費請求内訳書の写しを添付してください。
(4)傷病の経過及び転帰の欄は、必ず記入してください。
(5)請求に当たり疑義のある場合は、地方公務員災害補償基金熊本県支部(TEL096-333-2052)にお問い合わせください。

２　被災職員(所属事務担当者)へ

(1)この請求書用紙は、国立病院機構(熊本医療センター、再春荘病院、熊本南病院、菊池病院、菊池恵楓園)熊本労災病院、熊本中央病院、済生会熊本病院、済生会みすみ病院、熊本赤十字病院、熊本総合病院、人吉医療センター、天草中央総合病院、日本赤十字社熊本健康管理センターで受診する場合にのみ使用してください。
(2)＊印欄は、被災職員(所属担当者)が記入してください。

Ⅱ．非指定医療機関への支払

様式第６号

療養補償請求書

1号紙

認定番号	09－100001
請求回数	第 2 回（22年1月分）

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　殿

下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成22年2月15日

請求者の住所　熊本市水前寺6丁目18番5号

ふりがな　くまもと　はなこ

氏　名　熊本　花子　（熊本）　㊞

1 補償費用の受領委任

この請求書による療養補償の費用の受領を　熊本病院　に委任します。

委任者の氏名　熊本　花子　（熊本）　㊞

上記委任に基づき　この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。

受任者の
- 住所　熊本県熊本市水前寺6丁目18番2号
- 医療機関等の名称　熊本病院
- 氏名（代表者名）　熊本　太郎

熊本病院印

2 被災職員に関する事項

所属団体名　熊本県	所属部局名（電話番号096-333-2052）　総務部人事課
氏名　熊本　花子 昭和57年6月9日生（28歳）	職名　■常勤　□令第1条職員 負傷又は発病の年月日　平成22年1月9日

3	診療費	内訳は「＊10　診療費請求明細」欄記載のとおり	28,860 円
4	調剤費	内訳は「＊11　調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
5	看護料	□訪問看護　内訳は「＊12　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり 平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　看護師の資格　□有　□無	円
6	移送費	□交通費　から　まで　キロメートル　□片道　□往復　回 □その他の移送費	円
7	上記以外の療養費		円
8	療養補償請求金額（3～7の合計額）		28,860 円

9 送金希望の場合

振込み	振込先金融機関名　熊本　銀行　県庁　支店	法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。） クマモトビョウイン　リジチョウ 熊本病院　理事長
	口座番号　1234567	
	■普通預金　□当座預金	（フリガナ）　クマモト　タロウ
送金小切手	銀行　支店	氏名　熊本　太郎
その他		

預金名義者名

＊受理 平成　年　月　日	＊通知 平成　年　月　日	＊支払 平成　年　月　日	＊決定金額 円

〔注意事項〕
1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2　「認定番号」の欄は、第１回目の請求においては、記入する必要はないこと。
3　「１　補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
4　「５　看護料」及び「６　移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
5　「７　上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「３　診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
6　「＊10　診療費請求明細」、「＊11　調剤費請求明細」又は「＊12　訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
7　「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。
8　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

被災職員記入

医療機関分

□・・・被災職員記入
▒・・・医療機関記入

2号紙

＊10　診療費請求明細

（職員氏名）熊本　花子

傷病名	ア 右膝切創 イ ウ	診療開始日	ア 平成22年1月9日 イ 平成　年　月　日 ウ 平成　年　月　日
		診療期間	平成22年1月9日から 平成22年1月20日まで
		診療実日数	5 日
傷病の経過	カマで右膝を受傷。外来にて縫合処置と創傷処置を行った。 平成22年1月20日　治ゆ。		
転帰	平成　22年　1月　20日 治ゆ　継続　転医　中止　死亡		

初診	時間外・休日・深夜	回	点
再診	再診	× 回	
	外来診療料	× 回	
	継続管理加算	× 回	
	外来管理加算	× 回	
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
指導			
在宅	往診	回	
	夜間	回	
	深夜・緊急	回	
	在宅患者訪問診察	回	
	その他		
	薬剤	回	
投薬	内服 薬剤	単位	
	内服 調剤	× 回	
	屯服 薬剤	単位	
	屯服 調剤	× 回	
	外用 薬剤	単位	
	外用 調剤	× 回	
	処方	× 回	
	麻毒	回	
	調基	回	
注射	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
処置		3回	135
	薬剤	回	
手術		1回	1250
麻酔	薬剤	回	22
検査		回	
	薬剤	回	
画像診断		回	
	薬剤	回	
その他		68	
入院	入院年月日　平成　年　月　日		
	病・診・衣　入院基本料・加算		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
院	特定入院料・その他		

40	創傷処置（100cm未満）　45×3		
50	手術9日 創傷処理（筋肉・臓器に達する）直径5cm未満　1250×1 キシロカイン注ポリアンプ1％10ml 1管 生食液PL「フソー」500ml 1瓶　22×1		
80	処方せん料（その他）　68×1		
	［診療報酬点数により計算できないもの］ 初診料　3,640円 再診料　1,380×4＝5,520円 診断書料　2,000円		

食事	基準	円×　日間 円×　日間 円×　日間	
診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数　1,475	1点単価　× 12	11,700 円
診療報酬点数により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等		11,160 円
診療費請求合計額			28,860 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、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）

平成　年　月　日

医療機関の証明は不要です

㊞

様式第６号

療養補償請求書

1号紙

認定番号	09－100001
請求回数	第 2 回（22年1月分）

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　殿
下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成22年5月20日
請求者の住所　熊本市水前寺6丁目18番5号
氏名（ふりがな）　くまもと　はなこ　熊本　花子　熊本　印

1 補償費用の受領委任

この請求書による療養補償の費用の受領を　熊本薬局　に委任します。
委任者の氏名　熊本　花子　熊本　印

上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。
受任者の住所　熊本県熊本市水前寺6丁目18番3
医療機関等の名称　熊本薬局
氏名（代表者名）　熊本　一郎　熊本薬局印

2 被災職員に関する事項

所属団体名　熊本県
所属部局名（電話番号096-333-2052）　総務部人事課
氏名　熊本　花子
昭和57年6月9日生（28歳）
職名　■常勤　□令第1条職員
負傷又は発病の年月日　平成22年1月9日

3	診療費	内訳は「＊10　診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4	調剤費	内訳は「＊11　調剤費請求明細」欄記載のとおり	2,260 円
5	看護料	□訪問看護　内訳は「＊12　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
		平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　看護師の資格 □有 □無	円
6	移送費	□交通費　から　まで　キロメートル　□片道 □往復　回	円
		□その他の移送費	
7	上記以外の療養費		円
8	療養補償請求金額（3～7の合計額）		2,260 円

9 送金希望の場合

振込み	振込先金融機関名	熊本　銀行　県庁　支店
	口座番号	1234567
		■普通預金　□当座預金
送金小切手		銀行　支店
その他		

預金名義者名
法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）
クマモトヤッキョク　ダイヒョウトリシマリヤク
熊本薬局　代表取締役
（フリガナ）　クマモト　イチロウ
氏名　熊本　一郎

＊受理	＊通知	＊支払	＊決定金額
平成　年　月　日	平成　年　月　日	平成　年　月　日	円

〔注意事項〕
1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2　「認定番号」の欄は、第１回目の請求においては、記入する必要はないこと。
3　「1　補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
4　「5　看護料」及び「6　移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
5　「7　上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3　診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
6　「＊10　診療費請求明細」、「＊11　調剤費請求明細」又は「＊12　訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
7　「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。
8　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

被災職員記入

薬局分

・・・被災職員記入
・・・薬局記入

3号紙

＊11　調剤費請求明細　（職員氏名）　熊本　花子

処方せんを交付した診療機関の	名称	熊本病院
	所在地	熊本市水前寺6丁目18番2号
担当医氏名	1．熊本太郎　2．　3．　4．	
調剤期間	平成22年1月9日から平成22年1月9日まで　1日間　調剤実日数　1日	

医師番号	処方月日	調剤月日	処方：医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位 薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数：調剤料	薬剤料	加算料
	1・9	1・9	ロキソニン錠　3錠 ダーゼン10mg錠　3錠 コバルノンカプセル　3Cap 内服　分3　朝・昼・夕食後	17点	7	35点	119点	後発 2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	合計金額
40		30	226 点	2,260 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。）

平成　年　月　日

薬局の証明は不要です

薬剤師の氏名　印

Ⅲ．被災職員への支払

療養補償請求書

1号紙

認定番号	09－100001
請求回数	第 2 回（22年1月分）

地方公務員災害補償基長熊本県支部長　殿
下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成22年2月25日
請求者の住所　熊本市水前寺6丁目18番5号
ふりがな　くまもと　はなこ　（熊本）
氏　名　熊本　花子　㊞

1 補償費用の受領委任

この請求書による療養補償の費用の受領を　　に委任します。
委任者の氏名　　㊞

上記委任に基づき、この請　　支払を請求します。
受任者の　住所
　　医療機関等の名称
　　氏名（代表者名）　㊞

記入不要です

2 被災職員に関する事項

所属団体名　熊本県	所属部局名（電話番号096-333-2052）　総務部　人事課
氏　名　熊本　花子　昭和57年6月9日生　28歳）	職　名　■常勤　□令第1条職員
	負傷又は発病の年月日　平成22年1月9日

3	診療費	内訳は「＊10　診療費請求明細」欄記載のとおり	28,860 円
4	調剤費	内訳は「＊11　調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
5	看護料	□訪問看護　内訳は「＊12　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
		平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　看護師の資格　□有　□無	円
6	移送費	□交通費　から　まで　キロメートル　□片道　□往復　回	
		□その他の移送費	円
7	上記以外の療養費		円
8	療養補償請求金額（3～7の合計額）		28,860 円

9 送金希望の場合

振込み	振込先金融機関名　熊本銀行　県庁支店	預金名義者名：法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）
	□座番号　1234567	
	■普通預金　□当座預金	（フリガナ）クマモト　ハナコ
送金小切手	銀行　支店	氏　名　熊本　花子
その他		

＊受理　平成　年　月　日	＊通知　平成　年　月　日	＊支払　平成　年　月　日	＊決定金額　円

〔注意事項〕
1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2　「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
3　「1　補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
4　「5　看護料」及び「6　移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
5　「7　上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3　診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
6　「＊10　診療費請求明細」、「＊11　調剤費請求明細」又は「＊12　訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
7　「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。
8　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

被災職員記入

医療機関分

□・・・被災職員記入
▒・・・医療機関記入

2号紙

＊10　診療費請求明細　（職員氏名）熊本　花子

傷病名	ア 右膝切創	診療開始日	ア 平成22年1月9日
	イ		イ 平成　年　月　日
	ウ		ウ 平成　年　月　日
		診療期間	平成22年1月9日から 平成22年1月20日まで
		診療実日数	5 日
傷病の経過	カマで右膝を受傷。外来にて縫合処置と創傷処置を行った。平成22年1月20日　治ゆ。		
転帰	平成　22年　1月　20日　治ゆ　継続　転医　中止　死亡		

初診	時間外・休日・深夜	回	点
再診	再診	× 回	
	外来診療料	× 回	
	継続管理加算	× 回	
	外来管理加算	× 回	
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
指導			
在宅	往診	回	
	夜間	回	
	深夜・緊急	回	
	往宅患者訪問診療	回	
	その他		
	薬剤	回	
投薬	内服 薬剤	単位	
	内服 調剤	× 回	
	屯服 薬剤	単位	
	屯服 調剤	× 回	
	外用 薬剤	単位	
	外用 調剤	× 回	
	処方	× 回	
	麻毒	回	
	調基		
注射	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
処置		3回	135
	薬剤	回	
手術・麻酔		1回	1250
	薬剤	回	22
検査		回	
	薬剤	回	
画像診断		回	
	薬剤	回	
その他		68	
入院	入院年月日　平成　年　月　日		
	病・診・衣　入院基本料・加算		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	× 日間		
	特定入院料・その他		
食事	基準	円× 日間	
		円× 日間	
		円× 日間	

40	創傷処置（100cm²未満）　45×3	
50	手術9日	
	創傷処理（筋肉・臓器に達する）直径5cm未満　1250×1	
	キシロカイン注ポリアンプ1%10ml 1管	
	生食液PL「フソー」500ml 1瓶　22×1	
80	処方せん料（その他）　68×1	
	［診療報酬点数により計算できないもの］	
	初診料　3,640円	
	再診料　1,380×4＝5,520円	
	診断書料　2,000円	

診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数 1,475　1点単価 ×12	11,700 円
診療報酬点数により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等	11,160 円
診療費請求合計額		28,860 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、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）
平成22年2月10日

医療機関の証明が必要です

所在地　熊本市水前寺6丁目18番2号
名　称　熊本病院
医師の氏名　熊本　太郎　熊本病院印

療養補償請求書

1号紙

認定番号	09－100001
請求回数	第 2 回（22年1月分）

地方公務員災害補償基長熊本県支部長　殿

下記の療養補償を請求します。

請求年月日　平成22年5月20日

請求者の住所　熊本市水前寺6丁目18番5号

ふりがな　くまもと　はなこ　（熊本）

氏　名　熊本　花子　㊞

1 補償費用の受領委任の

この請求書による療養補償の費用の受領を　　に委任します。

委任者の氏名　　㊞

上記委任に基づき、この請　　支払を請求します。

受任者の｛住所／医療機関等の名称／氏名（代表者名）｝　㊞

記入不要です

2 被災職員に関する事項

所属団体名　熊本県	所属部局名（電話番号096-333-2052）　総務部　人事課
氏　名　熊本　花子（昭和57年6月9日生　28歳）	職　名　■常勤　□令第1条職員
	負傷又は発病の年月日　平成22年1月9日

3 診療費	内訳は「＊10　診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4 調剤費	内訳は「＊11　調剤費請求明細」欄記載のとおり	2,260 円
5 看護料	□訪問看護　内訳は「＊12　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　看護師の資格　□有　□無	円
6 移送費	□交通費　から　まで　キロメートル　□片道　□往復　回	円
	□その他の移送費	
7 上記以外の療養費		円
8 療養補償請求金額（3～7の合計額）		2,260 円

9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名　熊本銀行　県庁支店	預金名義者名　法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。） （フリガナ）クマモト　ハナコ 氏　名　熊本　花子
		口座番号　1234567	
		■普通預金　□当座預金	
	送金小切手	銀行　支店	
	その他		

＊受理	＊通知	＊支払	＊決定金額
平成　年　月　日	平成　年　月　日	平成　年　月　日	円

〔注意事項〕

1　請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
2　「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
3　「1　補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
4　「5　看護料」及び「6　移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
5　「7　上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3　診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
6　「＊10　診療費請求明細」、「＊11　調剤費請求明細」又は「＊12　訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
7　「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。
8　「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

被災職員記入

薬局分

□…被災職員記入
▒…薬局記入

3号紙

＊11　調剤費請求明細　（職員氏名）熊本　花子

処方せんを交付した診療機関の	名称	熊本病院
	所在地	熊本市水前寺6丁目18番2号
担当医氏名	1．熊本　太郎　2．　3．　4．	
調剤期間	平成22年1月9日から平成22年1月9日まで　1日間　調剤実日数　1日	

医師番号	処方月日	調剤月日	処方：医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方：単位 薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数：調剤料	薬剤料	加算料
	1・9	1・9	ロキソニン錠　3錠 ダーゼン10mg錠　3錠 コバルノンカプセル　3Cap 内服　分3　朝・昼・夕食後	17点	7	35点	119点	後発 2点

処方せん受付回数　回	摘要		
調剤基本料（点）40	時間外加算等（点）	指導料（点）30	合計点数　226 点
			合計金額　2,260 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。）

平成22年　2月　10日

薬局の証明が必要です

所在地　熊本市水前寺6丁目18番3号
名称　熊本薬局
薬剤師の氏名　熊本　一郎　熊本薬局印