様式第五を次のように改める。

様式第五

○ 調剤報酬明細書

平成　年　月分

都道府県番号　薬局コード

4 調剤	1 社・国	3 後 期	1 単独	2 本外	8 高外一
	2 公 費	4 退 職	2 2併	4 六外	0 高外7
			3 3併	6 家外	

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		

保険者番号		給付割合	10 9 8 7（ ）
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生	特記事項
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険薬局の所在地及び名称

保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1 6 2 7 3 8 4 9 5 10
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	

受付回数	
保険	回
公費①	回
公費②	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤形・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	公費分点数
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							

摘要		
	※高額療養費	円
	※公費負担点数	点
	※公費負担点数	点

	請求点	※決定点	一部負担金額 円 減額 割(円) 免除・支払猶予	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
保険						
公費①	点	※ 点	円	点	点	点
公費②	点	※ 点	円	点	点	点

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　　2．※印の欄は、記入しないこと。