様式第九を次のように改める。

様式第九

平成　　年　　月分　　調剤報酬請求書

保　険　者

各広域連合　殿

薬局コード

下記のとおり請求する。

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名　　印

平成　　年　　月　　日

			件数	処方せん受付回数	点　数	一部負担金	備考
後期高齢者医療	後期高齢９割	請求					
		※決定					
	後期高齢７割	請求					
		※決定					
公費負担医療		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意　※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。