第４号様式の５　　※受付番号（　　）

熊本県ＰＴＡ共済・調剤報酬明細書

団体の名称		被災者氏名		男・女
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1. 2. 3. 4. 5.	受付回数　回

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
・	・		点		点	点	点
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						

摘要				
合計　点	薬剤一部負担金額　円	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指導料　点

上記のとおりです。
年　月　日
保険薬局所在地及び名称
氏　名　　㊞

※　決　定		
	10円×　　点×（$\frac{1}{10}+\frac{1}{10}$）＝	円
	薬剤一部負担金額	円
	合　計	円

（注）１．この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用してください。**事故と因果関係のあるもののみ**を記載してください。
２．※印は、記入しないでください。