別紙3(7)

調 剤 報 酬 明 細 書　　平成　　年　　月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏 名		男 / 女	昭和 / 平成　　年　　月　　日生

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.	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　＊練馬区子ども医療証･乳幼児医療証の使用の有無について、下記の□にチェックをお入れください。
□ 医療証を使用した　　□ 医療証を使用していない

合計　　点	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 。
平成　　年　　月　　日
保険薬局所在地及び名称
氏 名　　印

※ 決　定	10円×　　点× $\frac{4}{10}$ ＝　　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すること。
2　※印は、記入しないこと。
3　この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

⑫ (16.1.)