

(別紙様式3)

(調剤報酬の例)

# 領 収 証

患者番号	氏 名
	様

領収証No.	発 行 日	費 用 区 分	負担割合	本・家
	平成 年 月 日			

保 険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点

保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)
	-----	-----

	保 険	保険外負担
合 計	円	円
負担額	円	円
領収額 合 計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇  
 〇〇〇薬局 〇〇 〇〇

領収印