

令和

--	--

年

月分

公害調剤報酬明細書

--	--	--	--

様式第四号

公害医療手帳の認定番号		横浜-		所在地		公害医療機関		所在地	
氏名		男 女		所在地 名称 電話番号		名称		電話番号	
生年月日		大昭		年 月 日		処方せんを交付した医師の氏名		1. 処方せん受付回数 2. 3. 回	
病院又は診療所の所在地及び名称		認定疾病名		公害医療手帳に記載のある認定疾病名すべてを記載してください。					
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		薬剤調製料 調剤管理料	薬剤料	加算料	
	.	.		点		点	点	点	
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
摘要						小計	④ 点	⑤ 点	⑥ 点
① 調剤基本料	② 時間外等加算	③ 薬学管理料	合		⑦ ①+②+③ +④+⑥	⑨	⑤ × 10円		
点	点	点	薬学管理料の記号と回数		⑧ ⑦ × 15円	円	円		
※決定 (この欄は、記入しないこと)			計		⑩ ⑧+⑨	円			