

地方公務員災害補償

薬 剤 費 請 求 書

請 求 金 額								円
---------	--	--	--	--	--	--	--	---

(請求内訳裏面のとおり)

上記の薬剤費を請求します。

年 月 日

地方公務員災害補償基金

神 奈 川 県 支 部 長 殿

実施医療機関の

所在地

名 称

氏 名

T E L ()

認定番号		氏 名	
所属団体 部 局			

送 金 希 望 の 場 合	口座振込	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	※ 受 理	年 月 日
		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		※ 決 定	年 月 日
		口座番号		※ 支 払	年 月 日
		(フリガナ) 口座名義		※ 決 定 金 額	
	その他				

- (注意) 1. ※印の欄は、記入しないでください。
2. 該当する□にレ印を入れてください。
3. 振込先口座について、従来の口座と変更がない場合には、振込先金融機関名の記入は不要です。

《提出先》
〒231-8588 横浜市中区日本大通り 1
地方公務員災害補償基金神奈川県支部
(神奈川県庁総務局組織人材部人事課内)
045-210-1111 (内線2175～2177)

地方公務員災害補償基金 神奈川県支部 公務（通勤）災害 薬剤費請求内訳書

調剤費請求明細				(職員氏名)					
病院又は 診療所		所在地			担 当 医 氏 名	1			
		名 称				2 3 4			
調 剤 期 間			年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日						
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		調剤料	薬剤料	加算料	
	.	.		点		点	点	点	
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
処 方 せ ん 受 付 回 数			回	摘 要					
調 剤 基 本 料 (点)			時間外加算等 (点)		指 導 料 (点)		合 計 点 数 点		
							請 求 金 額 円		
備 考									