

# 記入例

公費負担制度 利用なし  
 子ども医療公費負担制度利用  入院 自己負担額なし  外来 自己負担額 1,700 円  
 ひとり親家庭等医療費公費負担制度利用  外来 自己負担額 円  
 その他 ( ) 公費負担制度利用  外来 自己負担額 円

(津山市分)

別紙3 (7)

## 学校名 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。

被災児童等 生徒等	氏名	男 女	平成 年 月 日	印
所在地及び名称 保険医療機関の	1. 2. 3. 4. 氏名	1. 2. 3. 4. 氏名	回数	回
処方月	※ 公費負担制度の利用の有無を記入してください。 ・該当箇所にチェック (✓) し、自己負担額の記入をお願いいたします。 ・同月に入院と外来がある場合は、いずれにもチェックをお願いいたします。 ・子ども・ひとり親等を除くその他公費負担の場合は、その他の ( ) 内に公費負担の種類を記入してください。 〈例〉心身障害者、自立支援等			料 加 算 料 点 点
摘要	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。