

令和 年 月分 調剤報酬明細書送付書 (西多摩支部専用)

※この用紙は、調剤報酬請求書提出日までに
西多摩管理センターへ、持参もしくはFAXしてください。
FAX:0428-21-4489

地域名(○印)	薬局コード	薬 局 名	レセプト収集締切日当夜の緊急連絡先 (携帯番号等)

空欄のないよう、すべての項目に、記入をお願いします。
「0」の場合でも、空欄にせず「0」と記入してください。

社保件数	老健件数 ※2	医療保険件数	公費負担件数
	件	件	件

社保請求書の 社保請求書の
「①合計」欄 「②合計」欄

* 返戻分は除く
* 月遅れ分は加える
* 同日他科受付は1回として数える

処方せん受付回数 (国保+社保+後保)	+	社保公費単独 の受付回数	+	「旧」請求書の中の 月遅れ分の受付回数
回		回		回

レセプト請求書に記載
するものと同じです。

国保件数	都内保健者				都外保健者			
	国保	退職者	老健※2	公費併用	国保	退職者	老健※2	公費併用
	件	件	件	件	件	件	件	件

※2 平成20年3月診療分にて廃止となりました。月遅れ請求がある場合について記入をお願いします。

後期高齢者	都内保健者		都外保健者	
	後期高齢者	公費併用	後期高齢者	公費併用
	件	件	件	件

振込先
銀行名:青梅信用金庫 河辺支店
口座番号:普通預金 No.0772508
口座名義:一般社団法人:西多摩薬剤師会
代表理事 田中 三広

送付書用紙			
下記の何れかに○印をつけてください。			
当月用	返戻提出	無	
		有※1	
返戻用			

※1 返戻用も別紙で提出。

提出形式	
紙	オンライン

運営会費算出の ための受付回数 (A)	→	運営会費 (B)=(A)X3円
回		円

つり銭のないようお願いいたします。

運営会費の支払い方法		
下記の何れかに○印をつけてください。		
振込	調剤報酬請求書提出日までに	
	提出日の翌日～10日までに	
管理センターへ 直接支払	調剤報酬請求書提出日までに	
	提出日の翌日～10日までに	