様式第四号

公害調剤報酬明細書

年　　月分

公害医療手帳の記号番号　中央０２－	
氏名	1男　2女　　昭和　　年生

公害医療機関の
所在地及び名称
電話

病院又は診療所の所在地及び名称		処方せんを交付した医師の氏名	1.　6. 2.　7. 3.　8. 4.　9. 5.　10.	処方せん受付回数 回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・					