

薬局コード _____ 薬局の名称 _____

社 保						
	老人保健	社会保険	公費併用	公費と公費	公費単独	備 考
件数						

国 保									
	都内保険者			公 費 用	都外保険者			公 費 用	備 考
	国 保	退職者	老人保健		国 保	退職者	老人保健		
件数									

* 薬局コード、名称、総件数は必ず記載してください

* 総件数にグレーの保険は加えないでください

後期分				
	都内分		都外分	
	後期	公費	後期	公費
件数				

総 件 数 _____ 件

処方せん発行機関調査表
月に1医療機関あたり5枚以下はその他でまとめて下さい

歯 科 名	枚数	診療所名	枚数	病 院 名	枚数
その他 (機関)		その他 (機関)		その他 (機関)	

コピーしてお使いください。