

調剤報酬請求書等注文書

令和 年 月 日 発注者 薬局名

宛先 (一社)新潟市薬剤師会 事務局 住所

Fax 025-290-5757

1 事務局に取りに行きます 日 時頃 Tel

2 宅配希望です

	品名	枚数	単価(税込)	申込部数	金額(税込)
1	医保調剤報酬請求書 1	20枚	210		
2	" 2	"	210		
3	国保調剤報酬請求書	20枚	220		
4	調剤報酬明細書	20枚	210		
5	" (バラ)	60枚	430		
6	後期高齢者調剤報酬請求書	20枚	220		
7	薬歴簿(表紙)	10枚	460		
8	薬歴簿(記録紙)	"	340		
9	調剤録	50枚	210		
10	毒劇物譲受書	50枚	150		
11	毒劇薬譲受書	"	150		
12	薬局等管理帳簿	31枚	370		
13	麻薬受払簿	20頁	380		
14	お薬手帳	1冊	70		
15	B3ホスター「保険薬局」	1枚	400		
16	医療機器販売業等帳簿	29枚	380		
17	医療機器等の譲受記録	50枚	170		
18	医療機器等の譲渡記録	"	170		
合計(税込)					

2019.10

領 収 書

令和 年 月 日

様

金額 円(税込)

但、用品代
上記正に領収致しました

新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号
一般社団法人 新潟市薬剤師会