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	B3ﾎﾟｽﾀｰ「保険薬局」	1枚	400		
15	医療機器販売業等帳簿	29枚	380		
16	医療機器等の譲受記録	50枚	170		
17	医療機器等の譲渡記録	〃	170		
			合　計　（税込）		

2023.10