

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

割

公費負担者番号						保 険 者 番 号				
---------	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--

公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
--------------	--	--	--	--	--------------------

患 者	氏名				殿	保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男	才	女	電話番号 保険医師名
者	区分	被保険者	被扶養者			(印)
			都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	-----------	----------	--

処 方

備 考		後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印
		保険医署名

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号			
--------	----------	---------	--	--	--

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)	公費負担医療の受給者番号			
-------------------------	--	-----	--------------	--	--	--

時 受 付 時・深・休 100 鑑査印 (印)	調 剤 料						調 剤	
	薬 剤 料						基 本 料	
	小 計						指 導 料	
	調剤数量						指 長 防	
	加 算						総 合 計	
	減 点						一 部 負 担	
合 計						容 器 代		