

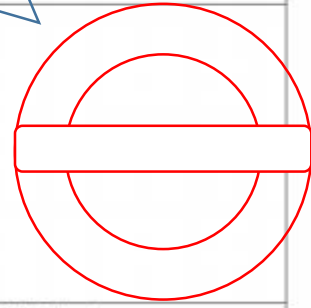
令和2年10月から処方せんに 領収印を押印します

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

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						保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称						
	生年月日						電 話 番 号					
	区 分				割 合			保 険 医 氏 名				
交 付 年 月 日						都道府県 番号	点数表 番号		医療機関 コード			
処 方 箋 用 意 書 記 載 日						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	変更不可 (個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)											
	<p>会計窓口にて領収印を押印します * 押印がないものは 薬局にて無効となります</p>											
備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)											
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調 剤 済 年 月 日						公費負担者番号						
保 險 薬 局 の 地 域 及 び 保 険 業 剤 師 氏 名						公費負担医療の 受給者番号						



当センターをご利用されている 患者様へ

処方せん(薬)が発行されたら
必ず会計窓口へご提出ください。

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

		分割指示に係る処方箋		分割の 回目	
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 氏 名		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称	電 話 番 号		
生 年 月 日		都道府県 番号	点数表 番号	医療機関 コード	
者 区 分		別 合			
交 付 年 月 日					
処 方 用 箋 の 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。			
変 更 不 可	<small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>				
備 考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供				
調 剤 済 年 月 日	平成 年 月 日	公費負担者番号			
保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 保 険 医 氏 名		公費負担医療の 受給者番号			

会計窓口にて領収印を押印します
* 押印がないものは
薬局にて無効となります

