

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号						保険者番号						1	2	4	0	1	6
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	1234578・12345678										

患者	氏名	ヨシノケン 伊吹 処方箋 一郎 殿		男	保険医療機関の所在地及び名称	千葉県柏市若柴226番地44 ミック歯科医院										
	区分	被保険者		被扶養者	電話番号	04-7130-9003										
	交付年月日	令和 5年 1月 26日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日											
					都道府県番号	27	点数表番号	3	医療機関コード	7	6	5	4	3	2	1

保険医療機関の所在地及び名称

千葉県柏市若柴226番地44

電話番号 04-7130-9003

保険医氏名 大谷 純一

印

交付年月日 令和 5年 1月 26日

処方箋の使用期間

令和 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	「個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」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。	
	カロナール錠200 2T 3回分	朝/昼/夕 毎食後 1錠ずつ服用 以下余白	
リフィル可 <input type="checkbox"/> () 回			

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	麻薬使用者免許番号 患者住所
	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「レ」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		

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）			
□ 1回目調剤日（ 年 月 日） □ 2回目調剤日（ 年 月 日） □ 3回目調剤日（ 年 月 日）			
次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）			

調剤済年月日	令和 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		公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。