

처 방 전

[]건강보험 []의료급여 []산업재해보험 []자동차보험 []기타()

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

요양기관기호:

발급 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호	의료 기관	명 칭		
				전화번호	(010)1234-0014	
환자	성 명	최민정		팩스번호		
	주민등록번호	910909-2xxxxxx		전자우편		
질병 분류 기호			처방 의료인의 성명		면허종류	
			(서명 또는 날인)		면허번호	제 호

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

처방 의약품의 명칭 및 코드	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인 부담률 구분코드	용 법	
위장 보호제	1포	3회	14일		매 식전	
주사제 처방명세([]원 내 조제, []원 외 처방)					조제 시	본인부담
					참고 사항	구분기호

사용기간: 발급일부터 ()일간 사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제 명세

조제 명세	조제기관의 명칭		처방의 변경·수정·확인·대체 시 그 내용 등
	조제약사	성명 (서명 또는 인)	
	조제량 (조제일수)		
	조제연월일		

항 목 설 명	1. 본인부담률 구분코드: 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 적습니다. (구분코드) ▪ A: 100분의 50 본인부담, B: 100분의 80 본인부담, D: 100분의 30 본인부담 ▪ U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담, V: 보훈 등 100분의100 본인부담, W: 비급여(보훈만 해당)
	2. 본인부담 구분기호: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 산정특례 대상 특정기호 등을 적습니다.