

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号							保 険 者 番 号									
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	明 大 昭 平	年	月	日	男・女	電 話 番 号					保 険 医 氏 名		(印)
	区 分	被保険者	被扶養者			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。
-------	----------	-----------	----------	--

	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。〕
処方		

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。〕

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	㊟	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 番を標準とすること。

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。