

処方箋の有効期限は

交付日から4日以内です

処方箋
(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	
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	(枝番)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日	年月日	男・女	電話番号
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日

ここに記載されている年月日が交付日となります。

調剤実施回数 (調剤回数) 1回目調剤日 (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、丸行5番を標準とする。
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。



医療法人財団
恵仁会藤木病院

