請求年月日はFAX送信日を 記入してください。

調剤券FAX請求用紙

祉課 保護係 宛 (FAX 082-420-0913)

請	求年	年月日(西暦8桁)			ī) (2 0) 2	5	5 0 4		1 0 1			連絡先(霐)			082-420-04				05		担当者名		00			
医療機関コード(10桁) 3 4 4 2 5 4 9 9 9 9											薬局名										C	00	薬局					
※受給者番号と生年月日で個人を特定いたします(受給者番号不明の場合は、空欄で結構です)。																												
No	生年月日(西暦8桁) 【 受給者番号(7桁) フリガナ 氏名										3	処プ	<u> </u>		幾関コード(10桁) 療機関名)	請求月		公費負担医療の対象者の場合 該当の公費にチェックし、公費対象外の薬品 名を記入してください。公費対象外の薬品が ない場合は調剤券を発行できません。					
記	1	9	8	0			0 1				4	5	6 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	4	月	✓ 自立支持	爰医療(精神通院
入例	イリョウ タロウ										●●病院									5	月	指定難						
ניכו	医療 太郎																一が下						月	公費対象外の主たる薬品名 (エンシュアH				
	1	9	9	0	1 2	2 3	3 1	9	9	9	9	9	9 9	3	4	1	2	5	1	9	9	9	9	6	月	自立支持	爰医療(
1					イ!	Jэ	ウ	/\		又									<u>.</u>	冶					月	指定難		
	医療 花									●●病院									公費対象外の主たる 月 (こる薬品名					
受:	給:	者	동 두	∃ [5	t.	調	斉 :	券I	, こ	己畫	はさ	<*************************************	てし	١												自立支持	爰医療(
													きせん													指定難		
Ţ.																								てし			外の主だ	たる薬品名
3																								Y不B tん。	月(7))場 立封	爰医療(
															l		□	エと	三个中	ر)	博り	110	٠ (٢	L/U _o		定難	病等(
																									月	公費対象	外の主だ	こる薬品名
																Π									月	自立支持	爰医療(
4										1 1															月	指定難	病等(
																									月	公費対象	外の主だ	こる薬品名
																									月	自立支持	 爰医療(
5					_				<u> </u>						<u> </u>										,,	指定難		
																					月	公費対象	外の主だ	こる薬品名				
-				1	1											Г									月	自立支持	至医療(
6																										指定難		
																				Л			こる薬品名					
					1			I	1																月		可压 走/	
7																									月日	自立支持指定難		
																			公費対				こる薬品名					
				1			1	1				ı	1		ı										月	(
																									月	自立支持		
																									月	指定難物		こる薬品名
											-											ı			月	(
9																									月	自立支持	爰医療(
																						月	指定難		- 7 夢 ロ 夕			
																							月	公貨对家	パルン土だ	こる薬品名		
10																									月	自立支持	爰医療(
																									月	指定難物		
																						月	公費対象	外の主だ	たる薬品名			