

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

社課 保護係 宛 (FAX 082-420-0913)

請求年月日(西暦8桁)	20250401	連絡先(☎)	082-420-0405	担当者名	〇〇
医療機関コード(10桁)	3442549999	薬局名	〇〇薬局		

※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)	処方医療機関コード(10桁)	請求月	公費負担医療の対象者の場合
記入例	フリガナ 氏名		医療機関名	4月	☒ 自立支援医療(精神通院)
	イリョウ タロウ		●●病院	5月	☐ 指定難病等()
	医療 太郎			公費対象外の主たる薬品名 エンシュアH	
1	198001011234567		1234567890	4月	☐ 自立支援医療()
	イリョウ ハコ		●●病院	5月	☐ 指定難病等()
	医療 花			公費対象外の主たる薬品名	
3				6月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
4				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
5				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
6				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
7				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
8				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
9				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名
10				月	☐ 自立支援医療()
				月	☐ 指定難病等()
				月	公費対象外の主たる薬品名

受給者番号は、調剤券に記載されてい
ます。初診の場合は空欄で構いません。

対象者が公費を持っていない、
または持っているか不明の場
合は空欄で構いません。