

調剤券FAX請求用紙

東広島市 健康福祉部 生活福祉課 保護係 宛 (FAX 082-420-0913)

請求年月日(西暦8桁)		連絡先(☎)		担当者名	
医療機関コード(10桁)		薬局名			

※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	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。 ☒ 自立支援医療(精神通院) ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 エンシュアH
	198001011234567	イリョウ タロウ	●●病院	5月	
	医療 太郎			月	
1				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
2				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
3				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
4				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
5				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
6				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
7				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
8				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
9				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	
10				月	☐ 自立支援医療() ☐ 指定難病等() 公費対象外の主たる薬品名 ()
				月	
				月	