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)				3桁)				連絡先(密)													担当者名										
医療機関コード(10桁)															薬月	司名	<u>,</u>														
※受給者番号と生年月日で個人を特定いたします(受給者														老来早不明の担合け 宛							関で針様です										
Ä	生年月日(西暦8桁) 受給者番号(7桁)										たしまり (受給有番号不明の場) 処方医療機関コード(10桁)								<u>()</u> ()桁()	夕 「)	1 × ±		公費負担医療	象の対							
No.											医療機関名										請求月		該当の公費にチェッ 名を記入してください ない場合は調剤券	クし、2 ハ。公費 を発行で	公費対象外の薬品 対象外の薬品 できません。	薬品 品が					
記	1	ç	8	0	0	1	0	1	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	4	月	✔自立支援	医療(精神通院)
入	、																ر کے	7. -				5	月	指定難病)				
例	医療 太郎															●病院					月	公費対象外 (エ	・の主た ンシュラ)						
1																											月	自立支援	医療()
																				月	指定難病	等()							
																						月	 公費対象外	·の主 <i>t</i> :	こる薬品名						
									I																		月	自立支援	医癌/)
2																-											月	指定難病)
																							公費対象外		こる薬品名	,					
		1	1	1	I		1		1					I	1												月	()
3																											月	自立支援)
																						月	指定難病 公費対象外		- る薬品名)					
														1					7								月	(υ) <u>Τ</u> /)
4																											月	自立支援	医療()
																						月	指定難病)					
																							月	公費対象外 (·の主 <i>t</i> :	とる薬品名)				
																											月	自立支援	医療()
5																						月	指定難病	等()					
																						月	公費対象外	·の主 <i>t</i> :	とる薬品名)					
6																											月	自立支援	医療()
							<u> </u>																				月	指定難病	等()
																					月	公費対象外		こる薬品名	Ξ.						
									I						I												月	自立支援	医病/)
7																												指定難病)
																					月	公費対象外		こる薬品名	,						
		1	1	1	I		ı		1					1	1				ı								月	()
																											月	自立支援)
8																					月	指定難病 公費対象外		- る薬品名)						
																		月	(V)									
9																											月	自立支援	医療()
																			月	指定難病)								
																											月	公費対象外 (・の主た	とも楽品名)
10																											月	自立支援	医療()
																	1		1								月	指定難病	等()
																						月	公費対象外	·の主 <i>†</i> :	こる薬品名	,					