

## 調剤券FAX請求用紙

記入方法

東広島市 健康福祉部 地域共生推進課 保護係 宛 (FAX 082-423-8065)

請求年月日(西暦8桁)		連絡先(☎)	
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																													
	氏名		医療機関名																																											
見本	1	9	8	0	0	1	0	1	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	8	9	0										
	医療 太郎								●●病院																																					
	1																																				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	2																																			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	

・数字は、欄内に収まるように入力(記入)してください。また、ゴム印は押さないでください。

・請求年月日はファックスの送付日を入力してください。

・医療機関コードは先頭に県番号(広島県なら034)を入れた数字を入れ、ハイフン、カンマなどの記号は入れないでください。

・ファックス送信時は、四隅の■がきれいに収まるようにして送ってください。読み取り時の基準となるポイントなので、ずれていると正しく読み取れない場合があります。

・受診した方の氏名、生年月日、受給者番号を入れてください。生年月日は西暦で入力してください。  
(例: S30.1.1 → 19550101)  
受給者番号は右詰で記入してください。  
(例: 123456 → 0123456)

・受給者番号は、調剤券に記載されていますので、受診歴がある方は確認が可能です。初診の場合は、空欄で構いません。

※AI-OCRの自動読み取り機能は、二重線での訂正等には対応できません。誤記・誤入力等が発生した際は、欄を変えて記入してください。

悪い例

送信時に用紙が傾いており、四隅の■が見切れている。

調剤券FAX請求用紙  
東広島市 健康福祉部 地域共生推進課 保護係 宛 (FAX 082-423-8065)

請求年月日(西暦8桁)	20220104	連絡先(窓)	082-420-0405
医療機関コード(10桁)	25-1.111.1	薬局名	東広島〇〇薬局

※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)	氏名	受給者番号(7桁)	処方医療機関コード(10桁)	医療機関名	請求月
見本	19800101	医療 太郎	11234567	1234567890	●●病院	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
1	S30.1.1	東広島 太郎	1123456	25-1.999.9	東広島〇〇病院	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
2						1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
3						1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>

生年月日が西暦8桁になっていない。

受給者番号が数字7桁になっていない。

医療機関コードが数字10桁になっていない。