

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号						
公費負担医療 の受給者番号					被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	.					

患 者	氏 名			保険医療機関の 所在地及び名称							
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	男・女							
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県番号							
				点数表 番号	医療機関 コード						

交付年月日	平成 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受 給 者 番 号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。