

## 処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

|              |  |  |  |  |  |                    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 明大昭平令          | 年月日     | 男・女   | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |
|        | 区分   | 被保険者           | 被扶養者    | 保険医氏名 | (印)  |  |  |  |  |  |  |
| 都道府県番号 |      | 点数表番号          | 医療機関コード |       |      |  |  |  |  |  |  |

|       |          |          |          |  |
|-------|----------|----------|----------|--|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 処方箋の使用期間 | 令和 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)への変更に差し支えがあると判断した場合は、「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<br><small>〔「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。〕</small>   |
|    | 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。<br><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 |

|                         |          |              |  |  |  |  |  |
|-------------------------|----------|--------------|--|--|--|--|--|
| 調剤済年月日                  | 令和 年 月 日 | 公費負担者番号      |  |  |  |  |  |
| 保険薬局の所在地及び名称<br>保険薬剤師氏名 | (印)      | 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、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こと。