

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							
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。													
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 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。															

様式第二号  
(第二十三条関係)