処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

患者番号

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　　　歳 | 男・女 |
| 区分 |  | 割合 | 　 |  | 都道府県番号 |  |  | 点数表番号 |  | 医療機関コード | 保険医療機関の 　所在地及び名称 　電 話 番 号 　 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、書名又は記名・押印すること。　 |   |
|  |
| 保険薬局が調剤時に残業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 | 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 | 　 | 公費負担者医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

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

るものとすること