

医療担当者	処理

受付印

調 剤 券 請 求 書

フリガナ 氏 名	生年月日 (例S48.3.5)	医 療 機 関	その月の初回 調剤年月日	処方せん 受付回数
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		
		医療機関コード		

上記の患者について、生活保護法調剤券を請求します。

年 月 日

(あて先)福岡市 福祉事務所長

所在地

名 称

電話番号

- 【留意点】**
- ①この請求書は、当該調剤薬局につき1枚でご記入ください。
 - ②生年月日は必ず記入され、ケース番号はわかっている場合のみ記入してください。
 - ③調剤券確認通知書に未記載で調剤券を必要とする患者さんについて、この請求書に記入してください。