

医療担当者	処理

記入例

受付印

※医療機関毎・調剤月に分けて、氏名の50音順に記入してください。

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
イトウ マルコ 伊藤 丸子	S13.10.3	福岡よかたい医院 医科 歯科	R4.12.16	1
	医療機関コード	1 1 1 1 1 2 1		
チョウザイ ケンタロウ 調剤 券太郎	S46.8.7	福岡よかたい医院 医科 歯科	R4.12.8	2
	医療機関コード	0 2 1 1 1 1 1		
チョウザイ ケンタロウ 調剤 券太郎	S46.8.7	福岡よかたい医院 医科 歯科	R5.1.23	1
	医療機関コード	1 1 1 1 1 2 1		
ハカタ マルタ 博多 丸太	H2.9.8	福岡よかたい医院 医科 歯科	R5.1.12	1
	医療機関コード	1 1 1 1 1 2 1		
ミナミ ウメ 南 ウメ	S20.5.13	福岡よかたい医院 医科 歯科	R5.1.30	1
	医療機関コード	1 1 1 1 1 2 1		
ハカタ マルタ 博多 丸太	H2.9.8	福岡よかたい医院 医科 歯科	R5.1.23	1
	医療機関コード	0 2 1 1 1 1 1		
イトウ マルコ 伊藤 丸子	S13.10.3	福岡ちかまるクリニック 医科 歯科	R5.1.10	2
	医療機関コード	3 5 6 0 7 2 6		
チョウザイ ケンタロウ 調剤 券太郎	S46.8.7	福岡ちかまるクリニック 医科 歯科	R5.1.28	1
	医療機関コード	3 5 6 0 7 2 6		
		医科 歯科		
	医療機関コード			
		医科 歯科		
	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。

令和5年 2月 3日

(あて先)福岡市 福祉事務所長

所在地 福岡市東区箱崎2丁目54番1号

名称 福岡ひがしファーマシー

電話番号 092-645-1091

- 【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。