

処方せん

(この処方せんは、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	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	平成 年 月 日	都道府県番号			点数表番号			医療機関コード			処方せんの使用期間		平成 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。

個々の処方箋について、保険医療機関には、「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。



**処方箋には期限があります。
期限内に保険薬局で**

ご使用ください。

保険医署名欄に「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。

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。)

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	平成 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険医氏名		公費負担医療の受給者番号					

備考

- 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
- この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
- 療費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61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。