処方箋　事例

様式第二号（第二十三条関係）

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	2 8 1 3 6 8 0 2	保険者番号	1 3 8 0 1 6
公費負担医療の受給者番号	9 9 9 9 9 9 6	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	××××・××××（枝番）

患者	氏名	東京　太郎	
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称　〒102-8328 東京都千代田区駿河台2-5 医師会　診療所

電話番号　03-（3294）8838

保険医氏名　御茶ノ水　花子　㊞

都道府県番号	1	3	点数表番号	1	医療機関コード	×	×	×	×	×	×	×

交付年月日	令和　3 年　8 月　5 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。）

アセトアミノフェン300mg　１錠　１日３回　毎食後３日

レバミピド錠100mg　１錠　１日３回　毎食後３日

―――――――― 以下余白 ――――――――

記載の有無を確認してください

↓

都事業

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。）

「ＣｏＶ自宅」
患者情報
住所：東京都×××市○○○町△△－△△
電話：04×（○○○）＊＊＊＊

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	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こと。