

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				〒102-8328 保険医療機関の 所在地及び名称 東京都千代田区駿河台2-5 医師会 診療所									
	生年月日	明大昭平令 年 月 日				電 話 番 号 03-(3294) 8838									
	区 分	被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名 御茶ノ水 花子 (印)									
	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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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 -----														
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。				「C o V 自宅」 患者情報 住所：東京都×××市〇〇〇町△△-△△ 電話：04× (〇〇〇) * * * *									
	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		(印)				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。

記載の有無を確認してください

↓
都事業