

〒 XXX-XXXX  
〇〇県〇〇市〇〇町  
〇-〇

### 生活保護法調剤券連名簿

令和XX年XX月XX日

〇〇薬局 御中

佐世保市福祉事務所長

受領書は翌月19日までに返送してください。

令和XX年 XX月分

公費負担者番号 : XXXXXXXX

No	受給者番号	氏名 性・生年月日	居住地	有効期間	券種	本人 支払額	後保	処方箋発行医療機関
							社保	
1	0002915	イノウエ 医療 房江 女 T11.11.17	保護市生活町579-3 4567 あいうえお かきくけこさしずせそた	1-31	調剤 単独	XX,XXX	感染症 後保 協会本人	〇×総合病院
2	0201657	イノウエ 移行 五郎 男 H05.01.10	保護市生活宿 生活保護 担当者町100-99 9 生活マンション9	1-31	調剤 単独			〇×総合病院
3	0202317	サトウ 佐世保 太郎 男 S41.04.24	保護市生活田111-1 11 旭福 社作業セン ター	1-31	調剤 単独			〇×総合病院
4	5003918	セイ 生保 一郎 男 S51.01.01	保護市生活元111-1 11	1-31	調剤 単独			〇×歯科

本人支払額がある方については、金額の記載があります。  
※その場合は、記載している額をご本人様から徴収してください。

140002

本券で承認した当月以外の請求は無効です。

## 例

### 調剤券受領書兼連絡票

受理年月日	電算入力
※福祉事務所使用欄	

この用紙で調剤券を受領した月の翌月分の調剤券を請求してください。

佐世保市福祉事務所長 様

次のとおり調剤券を受領しました。

A 当月  
調剤券を受領した月

B 翌月

令和 年 月 日

令和5年7月分

指定医療機関名 〇〇〇薬局

B 翌月 調剤した初日

No	受給者番号	氏名	性	生年月日	有効期間	券種	本人 支払額	当月	翌月	調剤	処方箋発行医療機関
								有無	要否	年月日	
1	1111111	イノウエ 支給 トシ子	女	S03.07.01	1-31	調剤 単独		有 無 要 否		5.8.2	〇×総合病院
2	1111112	イノウエ 支給 トシ子	女	S03.07.01	1-31	調剤 単独	XX,XXX	有 無 要 否			〇×歯科
3	0202317	サトウ 佐世保 太郎	男	S41.04.24	1-31	調剤 単独		有 無 要 否		5.8.28	〇×総合病院 R5.7.28 30日分処方

「当月有無」欄は、当月の調剤の有無について有・無どちらかに○を付けてください。

「翌月調剤の要・否」を「要」とする場合は、必ず翌月初めに調剤した日をご記入ください。  
【例】  
A 調剤券を受領した月 ⇒ 7月  
B 翌月 ⇒ 8月  
なので、8月最初に調剤した日（R5.8.2）を記入してください。

《注意》  
翌月以外に調剤した月があっても、備考欄等に記入せず、別の請求書（同封しています白紙の請求書）へ記入して提出してください。

「予定調剤」について  
毎月必ず定期処方のある方が、19日（締切日前）までに来局されなかった場合は、  
①「調剤年月日」欄に翌月の調剤予定日を、  
②「備考」欄に当月の来局日及び投薬日数をご記入いただければ、来局前であっても調剤券を発行いたします。

140002

この受領書は、翌月の19日までに送付してください。  
・調剤年月日は月初めの調剤年月日をご記入ください。  
・当月受診がない場合は、必ず無を○で囲んでください。  
・翌月の要否は必ずいずれかを○で囲んでください。

(令和6年4月・6月・9月と令和7年2月)  
1~2日早めにご提出していただけるよう  
ご協力をお願いします。