

# 《記入要領》

調剤の びに請 (薬局)	調剤券受領書兼連絡票に記載がない調剤分を請求する際にご利用ください。					調剤券交付処理欄	
						付日	
<input type="checkbox"/> 生活保護法による医療扶助調剤給付連絡票 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による調剤給付連絡票						受領印	

どちらかに  
に✓をし  
てくださ  
い。

下記の者について調剤いたしましたのでお届けします。

調剤年 月日	氏名	性別	生年月日	公費負担 医療受給 の有無	住所	処方箋の発行 医療機関名
5.7.25	佐世保 太郎	男	S41.4.24	有・無	佐世保市〇〇町00-00	〇〇総合病院(医科)
5.7.15	支給 花子	女	H5.1.10	有・無	佐世保市〇〇町00-01	〇〇総合病院(歯科)
予定調剤日 5.8.7	生保 一子	女	S11.10.10	有・無	佐世保市〇〇町00-02	〇▽△クリニック R5.7.7(30日分処方)
				有・無		
				有・無		

月初めの調剤年  
月日をご記入く  
ださい。

医科、歯科が両方あ  
る医療機関の場合、  
どちらかわかるよう  
に必ずご記入くださ  
い。

どちらかに○をつけてください。  
**有：生保と社会保険との併用、または生保と感染症法（結核等）が適用の場合**  
**無：生保単独の場合 ※自立支援適用中も含む**  
 調剤券において上記以外の公費は「無」となります。  
 （レセプトとは異なりますのでご注意ください。）

令和 年 月 日

佐世保市福祉事務所長 様

レセプト返戻に伴い券種の変更が必要になった場合、正しい調剤券（単独・併用）を請求の上、再請求をお願いします。  
 ※社保及び公費併用の場合も同様の処理をお願いします。

薬局住所  
 薬局名称  
 代表者名  
 （連絡先電話番号）

が発行されますので患者の住所地を管轄する福祉事務所へご返送ください。

印鑑は不要です。

- 2 調剤券は暦月を単位として発行されます。
- 3 生活保護法による調剤券と中国残留邦人等による調剤券は☑のうえ別々にご提出ください。