

《 調剤給付連絡票 記入要領 》

- ☐ 生活保護法による医療扶助調剤給付連絡票
- ☐ 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

受理年月日	電算入力

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。

佐 様

どちらかに✓をして
ください。

年 月 日

下記の者について調剤を行ったので連絡します。

氏 名	性別	生年月日	公費負担 医療受給 の有無	住 所	調 剤 年 月 日	処 方 箋 の 発 行 医 療 機 関 名
佐世保 太郎	男	S41.4.24	有・無	佐世保市〇〇町00-00	7.7.25	〇〇総合病院(医科)
支給 花子	女	H5.1.10	有・無	佐世保市〇〇町00-01	7.7.15	〇〇総合病院(歯科)
生保 一子	女	S11.10.10	有・無	佐世保市〇〇町00-02	予定調剤日 7.8.7	〇▽△クリニック R5.7.7(30日分処方)
			有・無			

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。)

当月最初の調剤
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。**

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。

【新様式】
今回添付の様式を
ご利用ください。

へご返送ください。

印鑑は不要です。

- 調剤券は暦月を単位として発行されます。
- 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。