記載例

〒　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。

記載例

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 社保 感染症 後保 協会本人	処方箋発行医療機関 備考
1	0002915	ｲﾘｮｳ ﾌｻｴ 医療　房江 女　T11.11.17	保護市生活町５７９－３ ４５６７　あ いうえお かきくけこさしすせそた	1 － 31	調剤 単独	XX,XXX		〇×総合病院
2	0201657	ｲｺｳ ｺﾞﾛｳ 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		感染症	〇×総合病院
3	0202317	ｻｾﾎﾞ ﾀﾛｳ 佐世保　太郎 男　S41.04.24	保護市生活田１１１－１ １１　旭福 祉作業セン ター	1 － 31	調剤 単独			〇×総合病院
4	5003918	ｾｲﾎ ｲﾁﾛｳ 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。

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

Ｂ翌月　調剤した初日

令和７年７月分

指定医療機関名　〇〇〇薬局

No	受給者番号	氏名	性	生年月日	有効期間	券種	本人支払額	当月有無	翌月要否	調剤年月日	処方箋発行医療機関 備考
1	1111111	ｼｷｭｳ ﾄｼｺ 支給　トシ子	女	S03.07.01	1-31	調剤 単独		有・(無)	(要)・否	7.8.2	〇×総合病院
2	1111112	ｼｷｭｳ ﾄｼｺ 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	ｻｾﾎﾞ ﾀﾛｳ 佐世保　太郎	男	S41.04.24	1-31	調剤 単独		(有)・無	(要)・否	7.8.28	〇×総合病院 R7.7.28 30日分処方
										①	②

「当月有無」欄は、当月の調剤の有無について有・無どちらかに〇を付けてください。

≪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。

「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（R7.8.2）を記入してください。

「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　　XX/XX

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記入してください。
・当月受診がない場合は、必ず無を〇で囲んでください。
・翌月の要否は必ずいずれかを〇で囲んでください。

（令和７年９月・１２月と令和８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。