

記入例 調剤券請求書

令和〇〇年 △ 月 □ 日

今治市福祉事務所長 様

所在地 今治市別宮町1-4-1
指定薬局名 〇〇薬局
電話番号 0898-36-1523
担当者名

下記の者について、生活保護法調剤券を請求します。

番号	患者氏名	生年月日 (例S15.5.20)	処方せんを発行した 医療機関名	月の最初に調剤 を行った年月日
1	〇〇 △△	S12.3.4	●〇病院 医科	R5.7.1
2	□□ ■■	S5.6.7	▼▼クリニック 歯科	R5.7.20
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
請求件数				2件

医科・歯科のどちらかを選択。
手書き用の場合は、どちらかに
丸印をつける。

請求件数をこちらに記入。
患者氏名横の番号を参照。