

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

公費負担者番号										保 険 者 番 号							
公費負担医療 の受給者番号										被保険者資格に係る 記号・番号	(枝番)						

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称							
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女		電 話 番 号						
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名		(印)						
		都道府県番号		点数表 番号		医療機関 コード						

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	一部保険外 療養	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断 した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患 者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 一部保険外療養の対象医薬品を処方した場合には、「一部保険外療養」の欄に、特別の料金の対象である場合は「○」を、 特別の料金の対象外である場合は「－」を記載すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載 した場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受 給 者 番 号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機
関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。