

処方せん
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号（第二十三条関係）

公費負担番号										保険者番号								
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								

患者	氏名	明大昭平			
	生年月日	年	月	日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者		

保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

保険医氏名

交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	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										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	後発品への変更について									
	変更不可					処方医サイン:				

調剤済年月日	平成	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									