

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						保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日						年
	区分	被保険者	被扶養者	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	<div style="text-align: center; font-size: 48px; color: red; opacity: 0.5;"> </div>
----	---

備考	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>後発品への変更について 変更不可 処方医サイン:</p> </div>
----	--

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												