様式第二号の二(第二十三条関係)

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		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　　(枝番)

患者	氏名		
	生年月日	明 大 昭 平 令　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　　㊞

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	(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に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。)

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　　□保険医療機関へ情報提供	

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	㊞	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省令(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こと。

様式第二号の二

分 割 指 示 に 係 る 処 方 箋（別 紙）

（発行保険医療機関情報）
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　FAX番号＿＿＿＿＿＿＿＿
その他の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

（受付保険薬局情報）

1回目を受け付けた保険薬局
名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

2回目を受け付けた保険薬局
名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

3回目を受け付けた保険薬局
名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿