

調剤券交付願書

北九州市 _____ 福祉事務所長 様

下記の者について、生活保護法による調剤を行いましたので、調剤券の交付をお願いします。

依頼年月日		年 月 日									
医療機関コード※ (6桁)	指定医療機関コード (7桁)										
薬局名											
所在地		〒 ー									
担当者名											
電話番号		ー ー									

※北九州市から送付する調剤券及び調剤券連名簿に記載のある「医療機関コード」

No	当月初回 調剤月日	ケース番号 または 受給者番号	患者氏名	生年 月日	処方箋発行 医療機関	公費併用 あり (他公費以外 分あり)	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							