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 | 〒　　　－ |
| 担当者名 | 　 |
| 電話番号 | 　－　　　　　－　 |

　※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 |  |  |  |  |  |  |  |