生活保護調剤券請求書（提出用）　　　請求日　　　年　　月　　　日

荒尾市福祉事務所長　様

指定調剤薬局名：

所 在 地：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケース№ | 患者氏名生年月日 | 住所 | 調剤年月日 | 保険有無精神58 | 医療機関 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＜注意＞

　・調剤券は暦月を単位として請求してください。

　・調剤年月日は該当月で最初に調剤した月日をご記入ください。

　・適宜、行の追加をしても構いません。

　・紙媒体での調剤券が不要（本福祉事務所は、毎月おおむね25日前後にオンライン資格確認システムの資格情報等を更新しております。）な場合は、この請求書の右下の「***紙不要***」を□で囲んでください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　***紙不要***