

調剤券 発行依頼書

医療機関コード							
医療機関名							
担当者名							
電話番号							

- FAXで調剤券を請求する場合、氏名・住所は記入しないでください。
- 受給者番号と生年月日で個人を特定します。
- 受給者番号、生年月日が不明の場合は別途ご対応いたしますのでお問合せいただくか、氏名をご記載の上、郵送によりご請求ください。
- 独自の依頼書をご利用される場合は項目を合わせてください。
- 依頼書は1名分からでも受付いたします。

() 月分(必須)

No.	受給者番号(必須)	生年月日(必須)	処方医療機関名(必須)	氏名(郵送のみ)	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

記載例

3	1	2	3	4	5	6	7	S.55.8.8	泉南市病院	泉南 太郎	〇月分 / 更生医療外
---	---	---	---	---	---	---	---	----------	-------	-------	-------------

お問合せ先 TEL:072-483-3473
(泉南市役所生活福祉課保護係 直通)