

調剤券請求用

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

F A X 送信用紙

記載例

調剤薬局名

○○調剤薬局

TEL ○○ - ○○○○
(担当: ○○)

フリガナ 患者氏名	生年月日	診療した 医療機関名	調剤月日	調剤券の種類
アサヒカワ タロウ 旭川 太郎	S44. 6. 21	○○病院	4月2日	・ 単独 ・ 併用 社保 結核
アサヒカワ ジロウ 旭川 次郎	H5. 4. 2	△△医院	4月16日	・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核

締切日 (別紙調剤券発行日程を参照) の正午までに送信してください。

送信先 旭川市福祉保険部生活支援課医療介護係

FAX 0166-26-7654

※送信誤りに御注意ください。