調剤券請求用

年　　月　　日

ＦＡＸ送信用紙

調剤薬局名

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
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病
				・単独　・併用　自立支援　社保　難病

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