

この日程表は年度終了まで保管してください。

## 令和3年度 調剤券発行日程

月	依頼書締切日	追加依頼締切日 (正午まで)	調剤券発送日
4	4月22日(木)	4月28日(水)	4月30日(金)
5	5月26日(水)	6月1日(火)	6月2日(水)
6	6月25日(金)	7月1日(木)	7月2日(金)
7	7月27日(火)	8月2日(月)	8月3日(火)
8	8月26日(木)	9月1日(水)	9月2日(木)
9	9月24日(金)	9月30日(木)	10月1日(金)
10	10月26日(火)	11月1日(月)	11月2日(火)
11	11月25日(木)	12月1日(水)	12月2日(木)
12	12月22日(水)	12月28日(火)	12月29日(水)
1	1月26日(水)	2月1日(火)	2月2日(水)
2	2月22日(火)	3月1日(火)	3月2日(水)
3	3月25日(金)	3月31日(木)	4月1日(金)

### 1. 調剤券の追加依頼について

調剤券送付書兼依頼書に載っていない分の発行依頼は、請求用FAX送信用紙により行ってください。任意の様式を使用する場合は、患者氏名、生年月日、医療機関名、調剤月日を必ず記入してください。

### 2. 調剤報酬の請求について

調剤券に記載されている受給者番号等を正確に転記してください。

受給者番号は、毎年4月の公区編成替えや受給者の住所変更等により不定期に変わることがありますので、必ず当月分の調剤券を御確認ください。なお、電話による受給者番号のお問合せには対応しておりませんので、御了解願います。

《連絡先》〒070-8525 旭川市7条通10丁目 旭川市第二庁舎5階  
旭川市福祉保険部生活支援課医療介護係

TEL: 0166-25-9121

FAX: 0166-26-7654