

# 電子処方せん引換証

※ これは処方せんではありません。なお、電子処方せん非対応薬局において、本引換証を処方せんに転換する場合は、電子処方せんの無効化の方法に基づき無効化を実施するとともに、上記の「電子」「引換証」を、二重線で未梢し、薬剤師の印を押してください。  
 ※ 本引換証は、処方せんを電磁的記録により交付することを承諾いただいた方に交付しています。

公費負担者番号					保険者番号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 <span style="float:right">①</span>				
		都道府県番号		点数表番号	医療機関コード				

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	-----------	----------	----------------------------------------

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
	備考	<p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）</p> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	電子処方せんの無効化の方法：以下の連絡先に電話をかけると、処方せんIDを入力するよう音声案内が流れますので、上記の処方せんIDを入力します。その後、無効化の実施について確認がありますので、実施を選んでください。 連絡先電話番号： ××××-××××- ××××	
	処方せんID (16桁)	○○○○	○○○○	○○○○

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号				
--------	----------	---------	--	--	--	--

保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	①	公費負担医療の受給者番号				
-------------------------	---	--------------	--	--	--	--

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。