

指定薬局名及び所在地

調剤開始連名簿

下記の患者について調剤の必要がありますので調剤開始連名簿を提出します。

連名簿										部中		部目	
	ケース番号				世帯員 番 号	患 者 氏 名	処 方 箋 発 行 医 療 機 関	診療開始月			継続 期間	単 併 別	地区担当員 認定欄
	年号	年	月										
1							医療機関コード	令					
							医療機関名						
2							医療機関コード	令					
							医療機関名						
3							医療機関コード	令					
							医療機関名						
4							医療機関コード	令					
							医療機関名						
5							医療機関コード	令					
							医療機関名						
6							医療機関コード	令					
							医療機関名						
7							医療機関コード	令					
							医療機関名						
8							医療機関コード	令					
							医療機関名						
9							医療機関コード	令					
							医療機関名						
10							医療機関コード	令					
							医療機関名						

薬局へのお願い

○この連名簿は毎月 15 日までに福祉事務所へ必着するよう送付してください。

上記患者について調剤券を発行してよろしいか伺います。

係 員	係 長	課 長

6 カ月以内です

併用医療券のみ「1」を
記入してください