

別紙 3

◎この処方せんの有効期限は交付日を含めて **4日間**です。

有効期限を過ぎると無効になります。
連休前の処方の場合、有効期限にご注意ください。

この処方せんを

保険薬局

に提出してお薬をお受取りください。

保険薬局様へ
後発医薬品に変更し調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、処方医に情報提供をお願いいたします。

処方箋の再発行はいたしませんので大切に扱ってください。

90000001		処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。内科)		1 / 1	
公費負担者番号 4 5		保険者番号		本田396	
公費負担医療の受給者番号		通常労災の場合は45 通勤災害の場合は46 アフターケアの場合は49			
患者	氏名	テスト カンジャ01 テスト 患者01		所在地及び名称 愛知県厚生農業協同組合連合 海南病院 電話番号 567-65-2511 (代)	
	区分	被保険者	被扶養者	一部負担金の割合	割
交付年月日		平成 24年 05月 01日		処方箋の使用期間 年 月 日 (特に記載のある場合を除き 交付日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)	
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には、「変更不可」欄に「」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。			
	レ	01 ガスターD錠 2.50mg 後発医薬品に変更不可 ソセゴン錠 2.5mg* 1×N 朝食後		1錠 1錠 7日分 <以下余白>	
備考	患者住所/電話番号 愛知県〇〇市〇〇町〇〇1-1 090-9999-9999		「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。		
調剤済年月日		年 月 日		公費負担番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師 氏名		印		公費負担医療の受給者番号	

キ
リ
ト
リ