

医療券・調剤券依頼書

藤岡市福祉事務所 宛

年 月 日

医療機関名・薬局名

指定医療機関コード

担当者

電話番号

次のとおり、診療・調剤を行いましたので、医療券・調剤券を依頼します。

1	患者氏名	生年月日	診療年月	月の最初の 診療日または 調剤日	券種の詳細		処方箋を発行した 医療機関名 (薬局記入欄)	備考欄
					単併	受診科等		
2			年 月 日					
3			年 月 日					
4			年 月 日					
5			年 月 日					
6			年 月 日					
7			年 月 日					
8			年 月 日					
9			年 月 日					
10			年 月 日					
11			年 月 日					
12			年 月 日					
13			年 月 日					
14			年 月 日					
15			年 月 日					
16			年 月 日					
17			年 月 日					
18			年 月 日					
19			年 月 日					
20			年 月 日					
21			年 月 日					
22			年 月 日					
23			年 月 日					