

新型コロナウイルス感染症 自宅療養者に対する処方箋

新型コロナウイルス感染症に係る治療については公費負担⇒下記の番号を記載

患者の保険証（県が画像をメール送付）を確認して記載

様式第二号（第二十三条関係）

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																														
公費負担者番号	2	8	1	6	0	6	0	4	保険者番号																					
公費負担医療の受給者番号	9	9	9	9	9	9	9	6	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)																				
患者	氏名																			保険医療機関の所在地及び名称										
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女														電話番号										
	区分	被保険者																被扶養者	保険医氏名	㊞										
		都道府県番号																												
		点数表番号																		医療機関コード										
交付年月日		令和 年 月 日				処方箋の使用期間				令和 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)への変更に差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	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。																												
	Cov 自宅		富山市〇〇123-1 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇																											
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。) <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																														
調剤済年月日	令和 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	㊞																		公費負担医療の受給者番号											

患者の住所、電話番号を必ず記載

- 備考
- 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 - この用紙は、A列6番を標準とすること。
 - 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。