様式第二号を次のように改める。

様式第二号（第二十三条関係）

処　　方　　せ　　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

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		
	生年月日	明大昭平　年　月　日	男・女
	区分	被保険者 / 被扶養者	

保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

保険医氏名　　印

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	
備考	

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印

保険医署名

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	印	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。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2．この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

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こと。