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　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 | | 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 | ・　（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。）<br>リフィル可　□　（　　回） |
| 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。） |

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。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>保険薬剤師氏名 | ㊞ | 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。
２．この用紙は、Ａ列５番を標準とすること。
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。