

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

保険者番号	3	9	2	8	1	0	1	9
被保険者注・減保険者手帳の記号・番号	・00019661							

患者氏名	カネモ テツコ 岡本 徹子		
生年月日	昭和05年02月11日	男	<input checked="" type="checkbox"/>
区分	被保険者	被扶養者	

〒658-0013
兵庫東神戸市東灘区深江北町6丁目7-15

保険医療機関の所在地及び名称
市橋クリニック
電話番号 078-411-0619

保険医氏名 市橋 真理子

都道府県 28 点数表番号 1 医療機関コード 0104618



交付年月日	令和08年02月25日
-------	-------------

処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特記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。
----------	----------	--

変更不可(医療上の要)	患者希望
-------------	------

個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

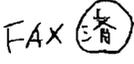
【内服】* フロモックス錠100mg 3錠
【般】耐性乳酸菌錠6mg 3錠
分3 毎食後服用 3日分

----- 以下余白 -----



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。
負担率	10% (高9)

診療科 指定無し

FAX 

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。)
 保険医療機関へ発給照会した上で調剤 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		公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名							

NO. 8573 P.

チャームアミアア 078-858-6852

2026年 2月26日 11時13分