

## 《調剤券郵送請求をする際のお願い》

以前に調剤券が発券されている方の場合、受給者番号・生年月日（下記【調剤券見本】の網掛け部分）を記入していただくと発券処理が迅速に行えますので、ご協力をお願いします。

### 【調剤券見本】

| 生活保護法調剤券（令和 3年 4月分） |                        |   |   |   |   |   |   |   |            |               |
|---------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|------------|---------------|
| 公費負担者番号             | 1                      | 2 | 1 | 3 | 3 | 7 | 2 | 4 | 有効期間       | 1日から<br>30日まで |
| 受給者番号               | 0                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   | 単独・併用別     | 単 独           |
| ※ 交付番号              | 交付 0 2 - 1 2 3 4 5 6   |   |   |   |   |   |   |   |            |               |
| 氏 名                 | 足立 太郎 (男) 昭和63年12月31日生 |   |   |   |   |   |   |   |            |               |
| 居 住 地               | 中央本町 1-17-1            |   |   |   |   |   |   |   |            |               |
| 指定医療機関名             | 足立区立薬局                 |   |   |   |   |   |   |   | 1321123456 |               |
|                     | 足立区病院                  |   |   |   |   |   |   |   | 1312345678 |               |

### 《公費負担者番号》

| 実施機関                         | 区 費             | 都 費             |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| 中部第一福祉課                      | 1 2 1 3 3 7 2 4 | 1 2 1 3 8 7 7 2 |
| 中部第二福祉課                      | 1 2 1 3 3 7 6 5 | 1 2 1 3 8 7 1 5 |
| 千住福祉課                        | 1 2 1 3 3 7 1 6 | 1 2 1 3 8 7 6 4 |
| 東部福祉課                        | 1 2 1 3 3 7 3 2 | 1 2 1 3 8 7 8 0 |
| 西部福祉課                        | 1 2 1 3 3 7 4 0 | 1 2 1 3 8 7 9 8 |
| 北部福祉課                        | 1 2 1 3 3 7 5 7 | 1 2 1 3 8 7 0 7 |
| 高齢者地域包括ケア推進課<br>(中国帰国者等支援担当) | 2 5 1 3 3 7 1 1 | 2 5 1 3 3 7 2 9 |

# 生活保護法・中国残留邦人等支援法 調剤券 郵送請求用紙

(            月分)

| No. | 受給者番号 | 氏 名 | 生年月日 | 処方医療機関名 | 備考 |
|-----|-------|-----|------|---------|----|
| 1   |       |     |      |         |    |
| 2   |       |     |      |         |    |
| 3   |       |     |      |         |    |
| 4   |       |     |      |         |    |
| 5   |       |     |      |         |    |
| 6   |       |     |      |         |    |
| 7   |       |     |      |         |    |
| 8   |       |     |      |         |    |
| 9   |       |     |      |         |    |
| 10  |       |     |      |         |    |
| 11  |       |     |      |         |    |
| 12  |       |     |      |         |    |
| 13  |       |     |      |         |    |
| 14  |       |     |      |         |    |
| 15  |       |     |      |         |    |
| 16  |       |     |      |         |    |
| 17  |       |     |      |         |    |
| 18  |       |     |      |         |    |
| 19  |       |     |      |         |    |
| 20  |       |     |      |         |    |

医療機関番号 \_\_\_\_\_

※中国残留邦人等支援を受けている方は福祉事務所ではなく、高齢者地域包括ケア推進課にお送りください。

薬 局 名  
担 当 者 名  
電 話 番 号