

FAX請求についてのご案内

FAXでご請求の際は、以下の点にご注意いただき、送付願います。

1	FAXでの請求の際は、別紙「生活保護法 調剤券 FAX請求用紙」を必ずご使用ください。独自に請求用紙を作成する場合は、項目を合わせてください。その場合、注意書きも必ず入れてください。
2	個人特定の項目は、受給者番号と生年月日のみです。
3	足立区では、受給者番号が医療券・調剤券ごとに変わることはありません。変更になるのは、管轄する福祉課が変わった時、保護廃止後に再開した時です。
4	請求の際、氏名・住所については、絶対に記入しないでください。
5	受給者番号、生年月日が不明な場合は、事前に問い合わせをいただくか、郵送による文書での請求をお願いします。
6	FAXの番号については、送付の際にダイヤルするのではなく、事前に登録をしていただき、誤送防止にご協力ください。
7	「生活保護法 調剤券 FAX請求用紙」で請求いただいたものは、できるだけ連名式調剤券にて一斉発送できるように処理をします。できれば、毎月7日・17日・27日というように定期的に請求いただくようお願いします。
8	医療券・調剤券に付番される交付番号については、電話等での問い合わせにはお答えしていません。医療券・調剤券で確認していただきますようお願いします。
9	レセプトでの診療報酬請求の際は、必ず事前に医療券・調剤券の交付を受け、公費負担者番号・受給者番号・交付番号等をご確認ください。
10	その他、不明な点は、各課の医療担当にお問い合わせください。

(請求・問い合わせ先)

	電話番号	FAX番号
中部第一福祉課	03-3880-5875(直通)	03-6806-3017
中部第二福祉課	03-3880-5419(直通)	03-6806-3093
千住福祉課	03-3888-3142(直通)	03-3888-5344
東部福祉課	03-3605-7129(直通)	03-5697-6560
西部福祉課	03-3897-5013(直通)	03-3856-7229
北部福祉課	03-5831-5797(直通)	03-3860-5077
高齢者地域包括 ケア推進課 (中国帰国者支援)	03-3880-5204(直通)	03-3880-5614

足立区 中部第一福祉課 宛 FAX03-6806-3017

(公費負担者番号 区費12133724 都費12138772)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

該当月を記入してください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(4 月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	備考
1	1234567	S10.10.10	足立区診療所	2123456	
2	1122334	S11.11.11	足立区病院	2111223	3月分
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

記入例

処方した医療機関名を記入してください。

処方した医療機関の医療機関番号を記入してください。(分かる範囲で結構です。)

該当月以外の調剤券が必要な場合に、必要月を記入してください。

問い合わせをする場合がありますので記入をお願いします。

医療機関番号 (※7桁の医療機関番号を記入してください。)	
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 中部第一福祉課 宛 FAX03-6806-3017

(公費負担者番号 区費12133724 都費12138772)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 中部第二福祉課 宛 FAX03-6806-3093

(公費負担者番号 区費12133765 都費12138715)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 千住福祉課 宛 FAX03-3888-5344

(公費負担者番号 区費12133716 都費12138764)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 東部福祉課 宛 FAX03-5697-6560

(公費負担者番号 区費12133732 都費12138780)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 西部福祉課 宛 FAX03-3856-7229

(公費負担者番号 区費12133740 都費12138798)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 北部福祉課 宛 FAX03-3860-5077

(公費負担者番号 区費12133757 都費12138707)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

生活保護法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()

足立区 高齢者地域包括ケア推進課 宛 FAX03-3880-5614

(公費負担者番号 区費25133711 都費25133729)

※FAXで調剤券を請求する場合は、必ずこの用紙を使用してください。
また、氏名・住所は、記入しないでください。

中国残留邦人等支援法 調剤券 FAX請求用紙

(月分)

※下表の項目以外は、記入しないでください。

No.	受給者番号	生年月日	処方医療機関名	処方医療機関番号	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	()
薬局名	
担当者名	
電話番号	()