

## 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・調剤券ごとには変わりありません。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	<b>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。</b>
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ので、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いたします。
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
高齢福祉課 (中国帰国者支援)	03-3880-5204 03-3880-5886	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	処方医療機関コード	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コード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。

医療機関コード (※7桁の医療機関コード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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
薬局名	
担当者名	
電話番号	( )



# 足立区 高齢福祉課 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	処方医療機関コード	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

医療機関コード	( )
薬局名	
担当者名	
電話番号	( )