（あて先）奈良県中和福祉事務所

年　　月　　日

医療券・調剤券発行依頼書

医療機関コード
医療機関名称： 住所： 電話番号：　　　　　　担当者

患者氏名	生年月日	診療/調剤 月	（※薬局のみ記入欄） 処方元医療機関 **医療機関コード または 所在地**	備考
(例)中和　太郎	S54.1.23	1月	○○クリニック 1009999	21適用外処方あり

注意事項

1　調剤券の場合は処方元医療機関の名称も必要です。

2　追加依頼する場合は、既に依頼済みの行は二重線等で削除してください。
医療券（オンライン、紙）で医療券情報の確認ができる場合の発行依頼はお控えください。

3　入院及び医科外来の継続発行については、原則、別途お送りする医療要否意見書に基づいて処理いたします。
つきましては、入院初月、医科外来の初診（扱い）時以外は、発行依頼書を送付いただく必要はございません。

4　医療券等は、月２回の集中発行としております。発行のスケジュールは当所ウェブサイトをご確認ください。

5　介護券（居宅療養管理指導）が必要な場合は、ケアマネジャーへサービス利用票への記載を依頼してください。
（サービス利用票への記載の確認をもって介護券を発行いたします）