

# 医療券・調剤券請求用紙 (FAX用)

年 月 日

西宮市福祉事務所 厚生課 医療チーム 行  
FAX 0798-36-3078

医療 機 関	名称	
	TEL	医療機関コード

**(記載欄)**

No.	ケース番号	患者氏名 <small>(難しい読み方はフリガナを)</small>	生年 月日	診療月	入院または外来	処方箋の医療機関名・医療機関コード	オンライン 資格
記 入 例	56789-01	ヨウセイ タロウ 厚生 太郎	S20.8.15	5	○ <u>外来</u> ○	0929999	<input checked="" type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日	西宮市厚生労働病院	
1					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
2					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
3					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
4					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
5					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
6					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
7					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
8					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
9					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>
10					外来		<input type="checkbox"/>
					入院 年 月 日 退院 年 月 日		<input type="checkbox"/>

**【記載方法】**

- ・ ケース番号を必ず記入して下さい。初診等で不明の場合は結構です。
- ・ 入退院の場合、月日を記入し、外来の場合○で囲んで下さい。
- ・ 他法による医療受給者（自立支援・難病等）は、他法以外で受診等がありましたら、「○○以外」と表記して請求をおこなってください。
- ・ 社会保険の資格・喪失を把握された場合は、「社保有」・「社保無」と明記してください。
- ・ オンライン資格確認を利用された場合は、「オンライン資格」の欄にチェック☑を入れてください。
- ・ 「オンライン資格」の欄にチェックが無いものは、紙の医療券・調剤券の運用となります。