

後発品変更報告書

TEL

以下処方での 「後発品への変更可」 に基づき

後発品

メーカ一

- ① _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ② _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ③ _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ④ _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ⑤ _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ⑥ _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ⑦ _____ $\Rightarrow$ _____ ()
- ⑧ _____ $\Rightarrow$ _____ ()

に変更しましたので ご報告します

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号				保険者番号				
公費負担地区番号				被保険者証・扶養者 の手帳の記号・番号				
患者	氏名			診療医委託 助の所在地 及の名称				
	明・大・昭・平 年 月 日生 男・女							
	生年月日				電話番号			
	区分	被保険者 被扶養者						
交付年月日				処方せんの 使用期間				
平成 年 月 日				平成 年 月 日				
処方								
備考	後発医薬品変更について							
	保険医署名 _____ (印)							
薬局記入事項	調剤料	薬剤料	調剤数量	計	加算	公費負担者番号		
						公費負担医数 の受給者番号		
						調剤料 薬剤料 調剤数量 請求点 患者負担金 等		
	()	()	()	()	調剤基本料			
					請求点数合計			
					患者負担金			
				点	円			
調剤年月日		平成 年 月 日						