＜記入上のお願い＞

注1. 赤色の太枠内に必要事項をご記入ください。 ⇒ 【イ. 薬局の基本情報】&【ロ. 処方箋単位の情報】

注2.【ロ. 処方箋単位の情報】は、**電話等で服薬指導を行った処方箋のみ**についてご記入ください（それ以外の処方箋については記入不要）。

注3.「注2」のうち、本事業に請求しない処方箋は（たとえば、患家が近隣であるとの理由から無償で届けたケース）、①は空欄のまま、それ以外の項目（⑥、⑬～⑯は記入不要）についてご記入ください。

【イ. 薬局の基本情報】

薬局名		
所在地（都道府県）		
保険薬局コード （10桁の数字を入力）		
当該月のすべての処方箋受付回数		枚
うち、電話等により服薬指導した処方箋受付回数	0	枚

【ロ. 処方箋単位の情報】 月分

↓ 対面または電話等かは問いません。

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪			⑫	⑬	⑭	⑮	⑯
番号	県薬への請求の有無 該当するものに〇	配送実施日	薬剤の配送方法 項目を選択	処方箋の備考欄 項目を選択	配送料等（円） 数字を入力	県薬への請求額（円） 数字を入力	処方箋発行日	当該患者の過去の薬局利用 有無を選択	処方医薬品種類数 数字を入力	当該処方箋の最長投与日数（日分） 数字を入力	調剤した薬剤の剤型 該当するものに〇			一部負担金等の徴収方法 項目を選択	薬局名	保険薬局コード	当該月のすべての処方箋（回）	うち、電話等で服薬指導
											内服	吸入	その他					
例	〇	2021/4/8	配送業者を利用	CoV宿泊	370	370	2021/4/8	有	1	14	〇			銀行振込	〇〇薬局	014XXXXXXX	1,200	15
例	〇	2021/4/17	配送業者を利用	0410対応	370	270	2021/4/16	無	3	30	〇	〇		従事者が直接受領	〇〇薬局	014XXXXXXX	1,200	15
例	〇	2021/4/20	従事者が訪問	0410対応	500	400	2021/4/20	有	4	30	〇		〇	従事者が直接受領	〇〇薬局	014XXXXXXX	1,200	15
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

No16からNo95は削除

95																		
96																		
97																		
98																		
99																		
100																		

⑥の合計 0