

処方せん 健康保険証を ご提示ください

健康保険被保険者証

本人（被保険者） 00163
平成23年 4月 6日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 キョウカ 知 協会 太郎
生年月日 昭和 61年 10月 22日 性別 男
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 010110011
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

印

処方せん

(この処方せんは、その保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	保険者番号
公費負担世帯の受給者番号	処方せん番号・処方せん番号の記号・番号

氏名

生年月日 年 月 日 男・女

区分 親扶養者 親扶養者

交付年月日 平成 年 月 日 処方せんの使用期限 平成 年 月 日

処方せん
備考

調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

調剤薬局の所在地及び名称 調剤薬局の受給者番号

調剤薬局名 (ジエネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印
保険医署名

調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

調剤薬局の所在地及び名称 調剤薬局の受給者番号

調剤薬局名 (ジエネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印
調剤薬局名 (ジエネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印

全国健康保険協会宮城支部
健康保険組合連合会宮城連合会