保険内容に関する疑義照会票

患者様の処方箋(保険内容)について紹介しますので よろしくお願いいたします。

患者ID					処方D r				
氏名					科名				
処方箋発行日	平成	年	月	日	回答について	□ 3	E急		
照会月日	平成	年	月	日	の要望	□ (日	時まで)	
〈照会内容〉	〈具体的な内容〉								
□ 公費申請中									
□ 自費									
□ 保険について									
□ その他									
調剤薬局名					担当者				
tel, fax									
tel, fax ※ 照会事項につき	き回答い	たし	ょす。)					
			ます。	T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター	Y	
※ 照会事項につき				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター		
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター		
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	李者 公立朝来E	医療セ	ンター	·	
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター		
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター	·	
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター	•	
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター	•	
※ 照会事項につき 回答年月日 平成				T	答者 公立朝来日	医療セ	ンター	`	

079-670-2244〈公立朝来医療センター〉

Fax 番号