令和○年　○月　○日

古賀市福祉事務所長　○○　○○

指定医療機関名　○○薬局
管理者氏名　○○　○○

調剤券受領書

下記のとおり調剤券を受領しました。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	単併	診療年月	診療別	備考
00000	その他	1234567	古賀 花子	女	単	令和 8年 1月	調剤	
00001	その他	1234569	古賀 太郎　X	男	単	令和 8年 1月	調剤	○○クリニック

翌月以降の受診予定がない受給者には、患者氏名の横に「X」を付け、備考欄に処方箋発行医療機関を記入して下さい。