

新規ご利用者様申し込み用紙



施設名

(フリガナ)

生年月日 年 月 日

ご利用者様氏名

様

お部屋番号

号室

原稿枚数 本紙含め 枚

【キーパーソン情報】

| | |
|-------|--------|
| お名前 | (フリガナ) |
| ご関係 | |
| お電話番号 | |
| ご住所 | (〒 -) |

契約・口座振替の記載がご利用者様本人の場合のみ、こちらにチェックをお願いします

お薬の管理がご利用者様本人の場合のみ、こちらにチェックをお願いします

・GE 医薬品への変更 希望しない (ジェネリック医薬品をご希望の場合、こちらは空白にしてください)

(希望しない理由:)

※こちらをチェックされた方は、2枚目の選定療養に関するご案内を必ずご確認下さい。

・お薬代お支払方法 口座振替・ その他 ()

・お薬の開始日 (複数の医療機関を受診されている場合、各医療機関の開始日の記載)

開始日 ~

・現在服用中のお薬情報の有無 あり・ なし ※ありの場合情報も合わせてお送り下さい

【確認事項】 コピーのご用意をお願い致します。

保険証/受給者証 (自立支援・指定難病・重度障害) /介護保険証 (負担割合証) など、必要書類もあわせてお送り下さい

※詳細は次ページをご参照下さい。

【ケアマネージャー情報】

| | |
|------|--|
| お名前 | |
| 事業所名 | |

◆下記の書類をコピーのうえ、FAXにてお送りいただくか、薬局スタッフが伺った際に現場にてお渡しいただきますようお願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

以下の書類にキーパーソン様情報や、ケアマネージャー情報等記載されている場合は用紙に書き写す必要はございません。

■ ご提供いただく書類一覧

| | |
|-----------------------------------|--|
| 必須書類 | ・保険証（健康保険証・後期高齢者医療被保険者証等）のコピー ・介護保険証のコピー ・介護保険負担割合証のコピー |
| 該当者のみ (お持ちの場合) | ・上限額管理票のコピー ・自立支援医療受給者証のコピー ・指定難病医療受給者証のコピー ・重度障害者医療証のコピー ・特定疾病療養受療証のコピー ・その他の受給者証・医療証等 |
| フェイスシート サマリ等 (ご提供可能な 場合) | ・フェイスシート ・入居時サマリ ・看護サマリ ・退院時情報提供書 ・診療情報提供書 ※ フェイスシート・サマリ等は、可能な範囲でのご提供で差し支えございません。ご不明な場合はお電話にてご相談ください。 |

【ご注意】

- ・書類はコピー（写し）でお渡しください。原本の返却はいたしかねます。
- ・ご提供いただいた個人情報は適切に管理し、服薬管理・保険請求に必要な目的のみに使用いたします。
- ・書類の準備にお困りの場合や、ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

◆選定療養に関するご案内（先発医薬品をご希望される方はこちらもご覧下さい）

「後発医薬品（ジェネリック医薬品）」があるお薬で、患者様のご希望により「先発医薬品」を処方された場合、お薬代とは別に特別な料金（選定療養費）をいただくことになりました。こちらの制度は、医療費を抑え、ジェネリック医薬品の普及を進めるための国のルールです。ジェネリック医薬品を選んでいただければ、この追加料金はかかりません。

【追加になる料金の目安】

- ・先発医薬品とジェネリック医薬品の「価格の差」の2分の1（50%）が、特別料金として自己負担に上乗せされます。
- ・この特別料金分には、消費税がかかります。
- ・子ども医療費や福祉医療費などの公費負担医療（医療費助成）をお持ちの方も、この特別料金分は自己負担（有料）となります。