

保険内容に関する疑義照会票

患者様の処方箋（保険内容）について照会します。宜しくお願いします。

患者番号		処方医	
氏 名		診療科	
処方箋発行日	令和 年 月 日	回答についての要望	☐ 至急 ☐ ____ 日 時まで
照会月日	令和 年 月 日		

<照会内容> ☐ 公費申請中 ☐ 自費 ☐ 保険について ☐ その他	<具体的な内容>
--	----------

調剤薬局名 TEL / FAX		担当者	
--------------------	--	-----	--

※照会事項について回答いたします。

回答年月日	令和 年 月 日	回答者	公立豊岡病院 医事課
回答内容			
FAX 番号	0796-22-5988（豊岡病院 医事課 直通）		