

様式第13号

(表 面)

## 医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※ 受理年月日	年 月 日
(氏名) (歳)		に係る医療の要否について意見を求める。	
		令和 年 月 日 院(所)長 殿	
		福祉事務所長	

傷病名 又は部位	(1) (2) (3)	初診年月日	年 月 日			転帰 (継続のとき記入)	年 月 日 治 ゆ 死 亡 中 止
			(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日		
			(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)				
主要症状 及び今後の 診療見込		か月 日間	概算 医療費	(1)今回診療日以降 1か月間	(2)第2か月目以降 6か月目まで	福の 祉連 絡事 務所 へ項	
				円	円		
				(入院科) 円	(入院科) 円		
上記のとおり (1 入院外 2 入院) 医療を (1 要する 2 要しない) と認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 担当医師 (診療科名)							
※嘱託医 の意見							

.....(切取線).....

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書 令和 年 月 日			※発行取扱者 
※受理年月日	年 月 日	福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名			
下記のとおり請求します。					
この券による 診察年月日		年 月 日	※受診者氏名 (歳)		
請求額	診察料 〃 〃	初・再 点 〃 〃	(検査名)		
	合 計	点 円	※社保等負担額	円	差引計

## (注意)

1 この意見書を提示した患者で、(1)新規のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者ですから診察料等を患者から徴収して下さい。

(2)継続のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから診察料等を患者から徴収しないで下さい。

なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。

また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超えている場合には、その超過額を患者に返して下さい。

2 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査等を記入して下さい。

3 患者が診察(初診、再診、往診)又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所長に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限ります。

## (記入要領)

1 この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停、廃止を行なう場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。

2 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には○○の疑いと記入して下さい。

3 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入して下さい。

4 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を、「(2)第2か月目以降6か月目まで」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月目以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、( )内に入院料を再掲して下さい。

なお、2継続で併用の場合は記入する必要はありません。

5 この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者(以下「対象患者」という。)となる場合は、次のように記入して下さい。

(1) 「医療要否意見書」の次に「(医科入院定額支払用)」と記入して下さい。

(2) 既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。

(3) 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「(2)第2か月目以降6か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。

6 ※印欄は福祉事務所で記入します。

(表)

## 精神疾患入院

様式第16号

※患者氏名 (男・女)		※生年月日 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日(満 歳)		
※居住地 区 市				
※※患者の職業 現在の入院形態		※※発病年月日	年 月 日	
		当院現入院年月日 (入院形態)	年 月 日 ( )	
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
※※ 生活歴及び現病歴  〔精神科又は神 経科受診歴等 を含め記載す ること。〕	(陳述者氏名 続柄 )			
初回入院期間 前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日			
初回から前回 までの入院回数	年 月 日～ 年 月 日 計 回			
過去6か月間の 病状又は状態像 の変化の概要	I 悪化傾向 II 動搖傾向 III 不変 IV 改善傾向 〔特記事項〕			
過去6か月間の 外泊の実績	I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし			
現在の外出 許可の状況	I 外出禁止 II 院内外出許可 (1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴) III 院外外出許可 (1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)			

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

2 ※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入不要です。

3 この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の

4 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1今回診療日以降1か月  
月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認める者について、第2か月目以降6か月目までに

面)

## 要否意見書

※1 新規 [ (1) 現在入院中 2 繼続入院  
 (2) その他 ]

※ 受理年月日	年 月 日
---------	-------

※ 指定医療機関名

現在の病状 又は状態像	<p>I 抑うつ状態        1 抑うつ気分 2 内的不穏 3 焦燥・激越 4 精神運動制止 5 罪責間感        6 自殺念慮 7 睡眠障害 8 食欲障害又は体重減少 9 その他 ( )</p> <p>II 躁状態        1 高揚気分 2 多弁・多動 3 行為心迫 4 思考奔逸 5 易怒性・被刺激性亢進        6 誇大性 7 その他 ( )</p> <p>III 幻覚妄想状態        1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害 5 奇異な行為        6 その他 ( )</p> <p>IV 精神運動興奮状態        1 減裂思考 2 硬い表情・姿勢 3 興奮状態 4 その他 ( )</p> <p>V 昏迷状態        1 無言 2 無道・無反応 3 拒絶・拒食 4 その他 ( )</p> <p>VI 意識障害        1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )</p> <p>VII 知能障害        A 精神遅滞 1 軽度 2 中度 3 重度        B 認知症 1 全体的 2 まだら(島状) 3 仮性 4 その他 ( )</p> <p>VIII 人格の病的状態        A 人格障害 1 妄想性 2 衝動性 3 演技性 4 回避性 5 その他 ( )        B 残遺性人格変化 1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他 ( )</p> <p>IX その他        A 性心理的障害 1 フェティシズム 2 サド・マゾヒズム 3 小児愛        4 その他 ( )        B 薬物依存 1 覚醒剤 2 有機溶剤 3 睡眠薬 4 その他 ( )        C アルコール症        D その他 ( )</p>				
	入院外医療 が困難な理 由	<p>I 医療上の問題        1 問題行動 ( )        2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理        5 その他 ( )</p> <p>II その他の問題        1 家族の受け入れが困難 2 日常生活に指導を要する        3 住居確保が困難        4 その他 ( )</p>			
		医学的総合判定			
		概算医療費			
		判 定	見込期間	1 今回診療日以降 1か月間	2 第2か月目以降 6か月目まで
			1 要入院医療 ······ ( )		
			2 要入院外医療 ······ ( )		
		3 医療不要		円	円
		上記のとおり診療を (1 要する、2 要しない) ものと認めます。			
		福祉事務所長 殿		令和 年 月 日	
指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 (担当医師)					
※福祉事務所嘱託医の意見					
※本庁医系職員の意見					
※審議会の判定					

※ 発行取扱者

措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは裏面によってください。  
 「間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月目以降6か月まで」に要する医療費概算額を記入してください。

(要否意見書記入要領)

- 1 「患者の職業」欄は、できるだけ、発病前の職業を記載すること。
- 2 「生活歴及び現病歴」欄は、性格、特徴等を記載し、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。  
また、継続入院の場合であっても、新たに判明した事実がある場合には記載すること。
- 3 「初回及び前回入院期間」欄は、他病院での入院歴をも聴取して記載し、入院歴がない場合は記載を要しないこと。
- 4 「現在の病状又は状態像」欄は、一般にこの書類作成までの過去数ヶ月間に認められた病状又は状態像を指すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、該当するすべてのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の連絡)

新たに入院しようとする患者(社会保険又は自費等で入院していた者が引き続き生活保護法により入院しようとする場合を含む。)でこの意見書を提示したものが精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるときは、直ちにその旨を福祉事務所に連絡して下さい。

また、既に生活保護法により、入院している患者であっても、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるに至ったときは、直ちにその旨福祉事務所に連絡してください。

(注) 上記の患者については福祉事務所長が都道府県知事又は指定都市市長に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の申請を行いますが、その結果については福祉事務所からも必要な事項をお知らせいたします。

## 様式第17号

## 保 護 変 更 申 請 書 (傷病届)

※指定医療機関名			※発行年月日	
			※受理年月日	
利用者氏名		居住地		
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他	
病状及び理由				
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 年 月 日 福祉事務長 殿 申請者 住 所 氏 名 利用者との関係				

## 訪問看護要否意見書 (新規・継続)

※利用者氏名			※生年月日	年 月 日
主たる病名			訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)				
訪問看護 見込期間	か月	訪問看護 見込回数 (1週当たり)	1 1回 2 2回 3 3回	4 4回以上 5 その他 (週当たり 回)
実施が適当と思われる訪問看護事業者	所在地 名称			
上記のとおり 訪問看護を (1 要する 2 要しない) と認めます。 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名				
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否 (ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間 ( か月) 3 訪問看護見込回数 (1週当たり 回 (週当たり 回)) 4 参考意見 年 月 日 嘱託医 <span style="float: right;">印</span>			

(注意) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。

2 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

## 様式第18号の1

## 給付要否意見書(所要経費概算見積書)

1 治療材料

2 移 送

※ 福記 祉事 務所 欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日	年	月	日	※取扱業者名  印	
	※( 年 月 日以降) (氏名) (歳)に係る 1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求める。							
要 否 意 見 (医師記載欄)	傷 病 名 (1) (2) (3)		傷病の程度及び給付を必要とする理由					
	給 付 内 容	治療材料 移 送	種 類 類					
			使 用 見 込 期 間	か月				
			種 類 ・ 区 間					
	治療に必要な通院頻度	1か月に 日						
	移送を要する見込期間	か月						
	(患者氏名) について上記のとおり給付を(1 要する 2 要しない) と認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長							
	所 要 經 費 概 算 見 積 (取扱業者記載欄)	治 療 材 料	給 付 方 法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金 額
			購 入					
			合 計					
貸与・修理								
合 計								
(治療材料) について、上記のとおり概算見積します。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 取扱業者の所在地及び名称								
※ 所 福 祉 事 務 欄	(移送費概算額等を記載)							
※ 意 嘱 託 見 医								

(記載注意) ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

## 様式第23号

生活保護法医療券・調剤券(年月分)									
公費負担者番号							有効期間	日から 日まで	
受給者番号							単独・併用別	単独・併用	
※交付番号	交付								
氏名	(男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日生								
居住地									
指定医療機関名									
傷病名	(1) (2) (3)			診療別	入院	歯科			
				入院外	調剤				
				訪問	看護				
	本人支払額	円							
地区担当員名	取扱担当者名								
福祉事務所長印									
備考	社会保険						あり(健・共)なし		
	感染症の予防及び感染症の患者に対する 医療に関する法律第37条の2						ありなし		
	その他								

備考1 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。

2 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

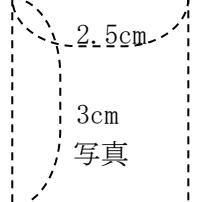
※ 交付番号については、レセプトの作成にあたり、医科、歯科、調剤は摘要欄に、訪問看護ステーション、DPCレセプトの場合は出来高情報欄に記載すること。

## 訪問看護に係る利用料請求書

( 年 月分・訪問回数 回 )

訪 問 看 護 に 係 る 利 用 料 明 細 書	基本利用料以外の利用料	単位	単価	金額	摘要
		回	円	円	
合計金額	請求			※ 決定	
				円	円
請求書	(利用者氏名)  に係る上記明細書による訪問看護に係る利用料を請求します。 令和 年 月 日  福祉事務所長 殿 事業者名 住 所				

- (注) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。  
 2 摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入してください。  
 3 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

本人確認証	No _____
氏 名	 2.5cm 3cm 写真
生年月日	
性 別	
住 所	
<p>上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。</p> <p>発行日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">実施機関の長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span></p> <p>この確認証の有効期間は、 年 月 日から          年 月 日までとする。</p>	

(裏面)

<p>(注意)</p> <p>(1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。</p> <p>(2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。</p> <p>(3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①御本人が支援給付を受けなくなったとき。</li> <li>②確認証の記載事項に変更があったとき。</li> <li>③確認証の有効期間が満了したとき。</li> <li>④確認証が使用に耐えなくなったとき。</li> <li>⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。</li> </ul> <p>(4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示して下さい。</p>	
--	--

(備考)

1. 再発行の場合は、**再発行**と表示する。
2. フィルムで完全密封する。

## 生活保護法の指定を受けている病院・診療所の方へ

### 生活保護における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の 使用原則化についてご協力のお願い

- 後発医薬品の普及については、医療財政の改善につながることから、国全体で取り組んでいます。更に取組を進めるため、今般、法改正を行い、平成30年10月1日から、生活保護においては、医師が後発医薬品の使用が可能であると判断された場合には、原則として、後発医薬品を使用していただくことになりました。

#### 【生活保護を受けている方への処方について】

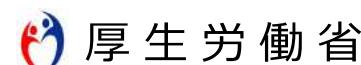
1. 生活保護を受けている患者について、医師の医学的知見に基づき、後発医薬品の使用が可能であると判断される場合には、下の囲みにある取組内容を説明していただき、原則として(※)後発医薬品を使用(又は処方)するようお願いします。  
※ 例外として先発医薬品が使用されるのは、①在庫がない場合と②後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっている場合です。
2. ただし、この取扱いは、医師の処方に関する判断をしばるものではありません。医学的知見に基づき、先発医薬品の使用が必要であると認められる場合は、従来通り、先発医薬品を使用(又は処方)することが可能です。
3. なお、一般名処方や、後発医薬品への変更を可とする銘柄名処方を行った場合には、薬局において、原則として後発医薬品しか調剤できなくなります。薬局において先発医薬品を調剤する必要性があると考えられた場合は、やむを得ない場合を除き、処方医に疑義照会を行い、その判断を確認した上でなければ調剤できませんので、ご留意ください。

#### 【福祉事務所への情報提供等について】

- 生活保護を受けている患者に対し、下記「取組内容」に沿って後発医薬品の品質等について説明することをお願いしていますが、それでもなお、患者が制度について理解できない場合には、福祉事務所に情報提供いただき、福祉事務所における制度説明の機会につなげていただくことも可能です。

#### 生活保護における後発医薬品に関する取組内容

- ① 後発医薬品の品質や効き目、安全性は、先発医薬品と同等であり、医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体で後発医薬品の普及に取り組んでいます。
- ② 生活保護では、医師または歯科医師により後発医薬品の使用が可能であると判断された場合は、原則として後発医薬品が調剤されることになりました。



※詳細については、東京都福祉保健局の下記ホームページを御参照ください。

東京都福祉保健局トップページ>生活の福祉>生活保護>生活保護法改正による後発医薬品の使用原則化について（生活保護法指定医療機関・指定薬局の皆様へ）

[URL] <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/seiho-kouhatuiyakuhin.html>

【照会先】

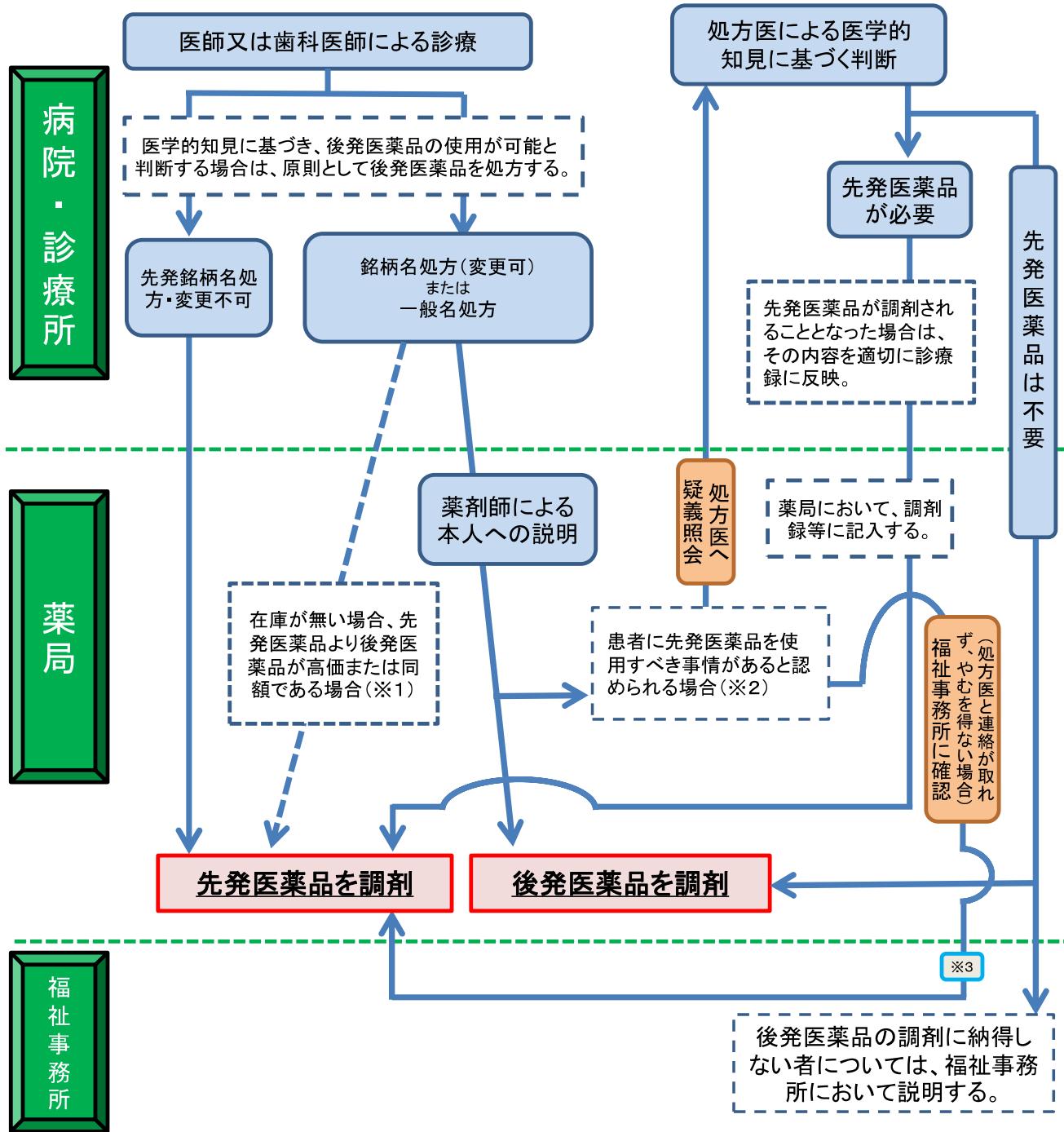
東京都福祉保健局生活福祉部保護課医療担当 (03-5320-4065) 又は 各福祉事務所

東京都 生活保護 後発

検索



# 調剤に至るフロー図



## 生活保護法の指定を受けている薬局の方へ

### 生活保護における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の 使用原則化についてご協力のお願い

- 後発医薬品の普及については、医療財政の改善につながることから、国全体で取り組んでいます。更に取組を進めるため、今般、法改正を行い、平成30年10月1日から、生活保護においては、医師が後発医薬品の使用が可能であると判断された場合には、原則として、後発医薬品を使用していましただくことになりました。

#### 【生活保護を受けている方への調剤について】

1. 生活保護を受けている方が、一般名処方又は後発医薬品への変更を不可としている銘柄名処方の処方箋を持って、調剤を受けに来ましたら、下の囲みにある取組内容を説明していただき、原則として後発医薬品を調剤するようお願いします。
2. 一般名処方又は後発医薬品への変更を不可としている銘柄名処方の場合、例外として、先発医薬品を調剤できるのは、①在庫がない場合と②後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっている場合です。
3. また、薬剤師の専門的な知見から先発医薬品を調剤する必要性があると考えられた場合は、処方医に疑義照会を行い、医師の判断を確認した上で、調剤するようお願いします。ただし、処方医との連絡が取れず、やむを得ない場合は、福祉事務所へ確認いただき、先発医薬品を調剤することも可能です。

※初回調剤時に、休日や夜間等、福祉事務所にも連絡が取れない場合には、事後的に福祉事務所に報告することとして、先発医薬品を調剤することも可能です。

※こうした対応を行った場合は、速やかに(遅くとも次回受診時までに)、処方医に対し、調剤した薬剤の情報を提供するとともに、次回の処方内容について確認してください。

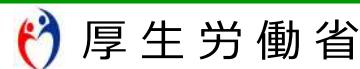
- これまで、先発医薬品を希望する者については、一旦は先発医薬品を調剤し、指定薬局はその事情について聴取することをしておりましたが、今後は、単に患者の希望だけでは先発医薬品を調剤することはできなくなりますので、この仕組みは廃止となります。

#### 【福祉事務所への情報提供等について】

1. 上記2又は3の事由により、先発医薬品を調剤した場合、福祉事務所へ情報提供していただくようお願いします。(詳細については、以下の東京都福祉保健局ホームページを御参照ください。)  
※可能な限り後発医薬品を調剤できる体制整備に努めていただきますようお願いいたします。
2. 生活保護を受けている患者に対し、下記「取組内容」に沿って後発医薬品の品質等について説明することをお願いしていますが、それでもなお、患者が制度について理解できない場合には、福祉事務所に情報提供いただき、福祉事務所における制度説明の機会につなげていただくことも可能です。

#### 生活保護における後発医薬品に関する取組内容

- ① 後発医薬品の品質や効き目、安全性は、先発医薬品と同等であり、医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体で後発医薬品の普及に取り組んでいます。
- ② 生活保護では、医師または歯科医師により後発医薬品の使用が可能であると判断された場合は、原則として後発医薬品が調剤されることとなりました。



※詳細については、東京都福祉保健局の下記ホームページを御参照ください。

東京都福祉保健局トップページ>生活の福祉>生活保護>生活保護法改正による  
後発医薬品の使用原則化について (生活保護法指定医療機関・指定薬局の皆様へ)

[URL] <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/seiho-kouhatuiyakuhin.html>

【照会先】

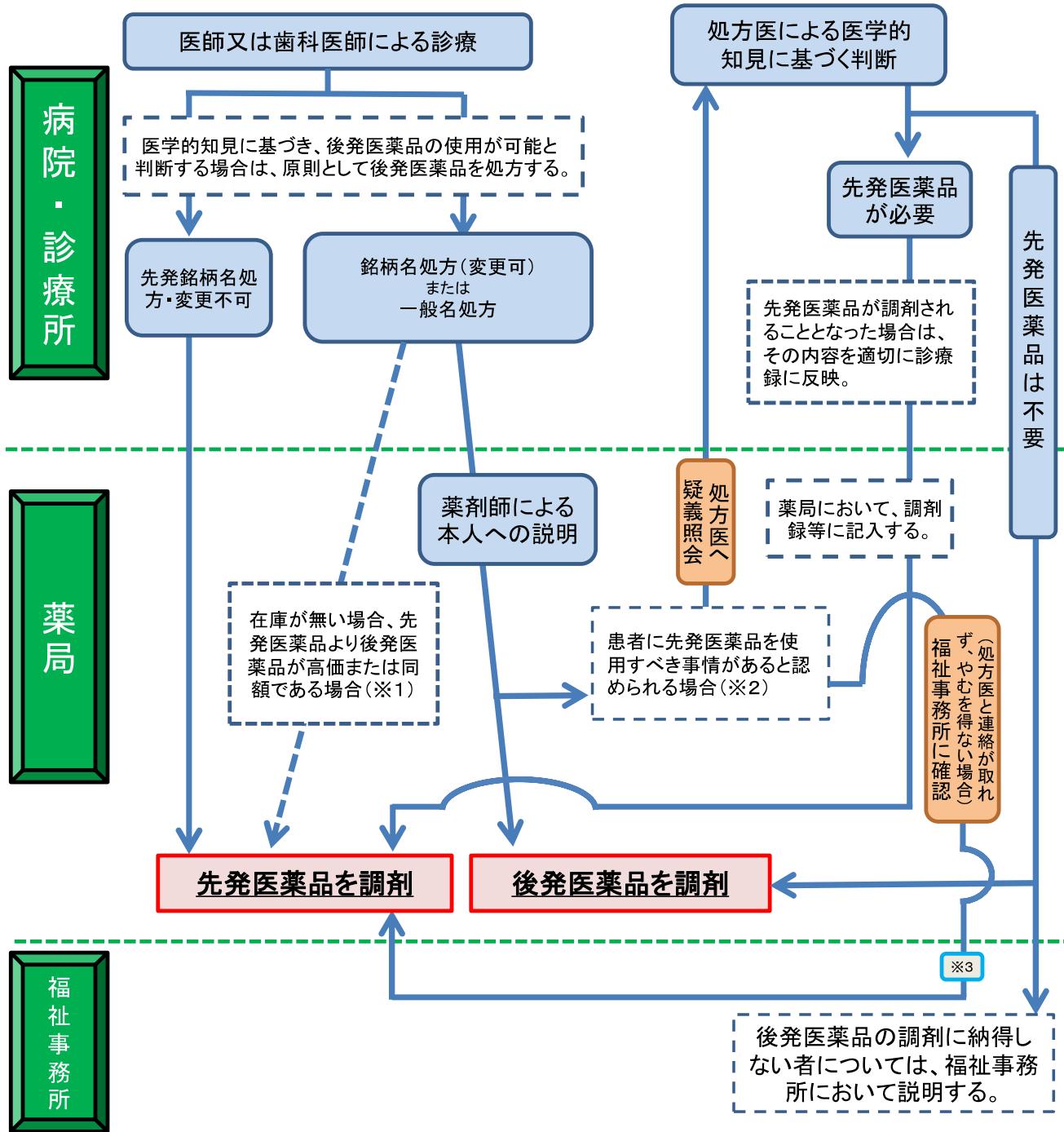
東京都福祉保健局生活福祉部保護課医療担当 (03-5320-4065) 又は 各福祉事務所

東京都 生活保護 後発

検索



# 調剤に至るフロー図



## 令和6年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み ～長期収載品の選定療養について～

- 長期収載品の処方等又は調剤をする場合は、医療上の必要がある場合等を除き、通常の一部負担金（1～3割）に加え、特別の料金を徴収していただきます。
- 長期収載品に比べて安価な後発医薬品の推奨をお願いします。
  - ◆後発医薬品のある先発医薬品のことを長期収載品と呼びます。
  - ◆このうち、一定の条件を満たした品目が特別の料金の対象となります。対象品目はHPをご確認下さい。

### Q & A

Q1. 医療上の必要があると認められるのは、どのような場合ですか。

- A. 医師又は歯科医師において、次のようなケースで、長期収載品の処方等又は調剤をする医療上の必要があると判断する場合です。
- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、その患者の疾病の治療のために必要な場合
  - ② その患者が後発医薬品を使用した際に、副作用があつたり、先発医薬品との間で治療効果に差異があつたと判断する場合であって、安全性の観点等から必要な場合
  - ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されている場合
  - ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくく、吸湿性により一包化できないなどの場合（単に剤形の好みという理由では認められません。この場合の判断は薬剤師が行うことができます）  
※このほか、流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を徴収する必要はありません。

Q2. 国や地方単独の公費負担医療制度により一部負担金の助成を受けている患者が、使用感や味など、単にその好みから長期収載品を希望した場合は、特別の料金を徴収することになりますか。

- A. 特別の料金を徴収することになります。

Q3. 生活保護を受給している患者が、単にその好みから長期収載品を希望した場合は、特別の料金を徴収することになりますか。

- A. 生活保護受給者である患者には、単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなります。そのため、特別の料金を徴収するケースは生じません。

制度の詳細について

※QRコードから厚生労働省  
HPの関連ページに  
アクセスできます。

