

地域・職域薬剤師会 会長各位

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和4年3月1日より始めました「薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業」の請求様式の提出について通知が出されましたのでご連絡いたします。

請求様式は月ごとの提出が必要となります。

請求は対象月の翌月15日までに提出をお願いします。

【提出する書類】

(1)電話等による服薬指導等及び配送等の実施状況の一覧 ※Excel (ファイル名は「10桁の保険薬局番号－(ハイフオン)対象月」としてください。(例:1441234567-5.xlsx))

(2)薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業請求様式 ※Word (ファイル名は「10桁の保険薬局番号－(ハイフオン)対象月」としてください。(例:1441234567-5.docx))

(3)請求の根拠となる資料(領収書、配送業者からの請求書等の写し)(可能な限り、電子媒体(スキャン、スマートフォン等で撮影した写真等)による提出を検討ください。また個人情報はマスキングしてください)

詳細につきましては神奈川県薬剤師会ホームページ【R4.3.29 追記】薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業(令和4年3月以降) <https://www.kpa.or.jp/news-for-all/98488/> をご覧ください。

なお、本件に関しましては神奈川県薬剤師会ホームページ(一般・会員ページ)ニュース欄への掲載及びメールマガジンの配信をいたしますこと併せてご報告いたします。

公益社団法人 神奈川県薬剤師会

TEL:045-761-3241 Fax:045-751-4460
