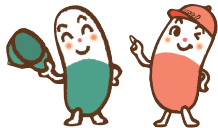


便利です!

# ジェネリック医薬品希望シール

ジェネリック医薬品を、もっと手軽に利用していただくために、「ジェネリック医薬品希望シール」をご用意しました。ジェネリック医薬品を希望される方は、このシールを保険証やお薬手帳に貼って、ご活用ください。



ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

ジェネリック  
医薬品希望

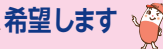
医師・薬剤師の方へ

医師・薬剤師の方へ

ジェネリック医薬品を  
希望します



ジェネリック医薬品を  
希望します



## シールのご利用方法

左下のシールを保険証やお薬手帳の余白部分に貼り、医療機関などの受診時にジェネリック医薬品希望の意思を伝えてください。

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 00年 00月 00日

被保険者番号 00000000 **ジェネリック  
医薬品希望**

住 所 ○○○○○○○○

氏 名 ○○ ○○ 性別 ○

生年月日 00年 00月 00日 資格取得年月日 00年 00月 00日

発行期日 00年 00月 00日 交付年月日 00年 00月 00日

一部負担金の割合 ○割

保 険 者 番 号 0 0 0 0 0 0 0 0

保 険 者 名 長崎県後期高齢者医療広域連合

印

(保険証の例)



※貼付けの際、印字された文字に重ならないようにご注意ください。

(お薬手帳の例)



長崎県後期高齢者医療広域連合

