

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品 希望カード

私はジェネリック医薬品を希望します

名 前	
-----	--

私は、ジェネリック医薬品使用時の体調変化などを医療関係者に伝え、よりジェネリック医薬品の使用推進に協力しようと思います。

群馬県後期高齢者医療広域連合

【被保険者の方へ】

← 切り取って、折り返して携帯して下さい。
医療機関受診時には、被保険者証と一緒に、受付窓口等に提示して下さい。