

ジェネリック医薬品希望カード

ジェネリック
医薬品を
希望します。



浜田市国民健康保険

医師・薬剤師の皆様へ

- ジェネリック医薬品の処方が可能であれば変更をお願いします。
- ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。

(※署名してください)

氏 名