

ジェネリック医薬品希望シール

医師・薬剤師の皆様へ

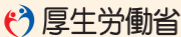
医師・薬剤師の皆様へ

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。

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を 希望します。


ジェネリック医薬品に関する
ご説明をお願いします。



ジェネリック医薬品は、これまで使われてきたお薬の特許が切れた後に、有効性・安全性が同等のものとして製造販売される低価格のお薬です。ジェネリック医薬品の選択は、自己負担の軽減だけでなく医療費全体の抑制にもつながります。

《留意事項》

- ・すべてのお薬にジェネリック医薬品があるわけではありません。また、ジェネリック医薬品は医療用医薬品ですから、病院や診療所の医師による処方せんが必要です。詳しくは、かかりつけの医師や薬局の薬剤師にご相談ください。

 このシールを健康保険証やお薬手帳などの余白部分に貼ってお使いください。(詳細裏面)
ジェネリック医薬品を希望される方は、医師又は薬剤師にご相談ください。

<ジェネリック医薬品希望シールの使い方>

本人（組合員） 平成24年〇月〇日交付

〇〇〇〇〇〇〇〇組合員証

記号 番号 0000000

氏名 厚生 太郎

生年月日 昭和〇年〇月〇日 性別 男

資格取得年月日 平成〇年〇月〇日

発行機関所在地 東京都〇〇区〇-〇-〇

保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

名称 〇〇〇〇〇〇〇組合




医師・薬剤師の皆様へ
ジェネリック医薬品を
希望します。

※ 印字された文字に重ならないようご注意ください。

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を
希望します。

ジェネリック医薬品に関する
ご説明をお願いします。

 厚生労働省

お薬手帳

表面のシールをはがして健康保険証やお薬手帳などの余白部分に貼ってお使いください。

注) 健康保険証などへの貼付を義務づけるものではありません。