後期高齢者医療ジェネリック医薬品のお知らせに関する届出書

被保険者番号									氏　名	
生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日					性　別	男　・　女

※該当の枠にチェックをしてください。

□　ジェネリック医薬品に関するお知らせの再発行

（平成＿＿年＿＿月送付分）

□　ジェネリック医薬品に関するお知らせの受取辞退

□　ジェネリック医薬品に関するお知らせの受取辞退取消

山口県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の事項について、届け出ます。

平成　　年　　月　　日

届出人　　住　　所

氏　　名

電話番号

（備考）