

## 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				年		月			日	

※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  
( \_\_\_\_\_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。

年 月 日

届出人 住 所

氏 名

電話番号

(備考)