

## 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	0	1	2	3	4	5	6	7	氏 名	広域 太郎
生 年 月 日	(元号) ○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

((元号) ○○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。

(元号) ○○年××月△△日

届出人 住 所 山口県山口市大手町9-11

氏 名 広域 太郎

電話番号 △△△△-□□-○○○○

(備考)