

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	1	2	3	4	5	6	7	8	氏名	広域 太郎
生年月日	明治 大正 ○年 ×月 □□日 昭和								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

(令和〇〇年〇〇月送付分)

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。

令和〇〇年××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 △△△△-□□-〇〇〇〇

(備考)