

郵便はがき

料金受取人払郵便

麹町局
承認

1525

差出有効期間
平成29年8月
31日まで

〔切手を貼らずに
お出し下さい。〕

102-8790

208

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険企画グループ 行

東京都千代田区富士見二丁目七番二号
ステージビルディング一四階



ジェネリック医薬品アンケート

アンケートにご協力をお願いいたします。該当する項目番号を○でお囲みください。

1 性別をお教えてください。 ①男性 ②女性

2 被保険者・被扶養者の別をお教えてください。

①被保険者(本人) ②被扶養者(家族)

3 年齢をお教えてください。

①30歳未満 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳以上

4 通知が届く前にジェネリック医薬品についてご存知でしたか。

①知っていた ②名前は聞いたことがあった ③知らなかった

5 ジェネリック医薬品の使用を希望されたことがありますか。

①ある ②ない

〔6は、上記5で「①ある」と回答された方のみご回答ください。〕

6 どのような方法でジェネリック医薬品の使用を希望されましたか。

①医師、薬剤師に口頭で依頼 ②問診票で依頼
③ジェネリック希望シールを提示 ④その他()

7 今回「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取られたことで
行動や考え方が変化されましたか。

①通知をきっかけにジェネリックを希望した ②切り替えを考えている
③すでに使用、特に変化はない ④切り替えは考えてない

8 このような通知書をご自宅に送ることについてどう思われますか。

①いいと思う ②いらないと思う

9 ジェネリック医薬品に関するご意見等がございましたら、ご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました。

平成28年5月末までにご投函ください。