

## 実施状況報告書

貴薬局名		ご担当者氏名	
貴薬局 住所		貴薬局 電話番号	

ジェネリック医薬品の試算にかかる業務について、次のとおり報告します。

報告対象年月	年	月分	試算を実施しなかった場合はチェック☑	<input type="checkbox"/>
--------	---	----	--------------------	--------------------------

年齢	男性		女性	
	試算した人数	ジェネリックに切り替えた人数	試算した人数	ジェネリックに切り替えた人数
0～9歳	人	人	人	人
10～19歳	人	人	人	人
20～29歳	人	人	人	人
30～39歳	人	人	人	人
40～49歳	人	人	人	人
50～59歳	人	人	人	人
60～69歳	人	人	人	人
70歳以上	人	人	人	人

試算を実施してお気づきの点等がございましたらご記入ください。

※月末締の翌月15日までに毎月ご提出ください。(郵送、FAXどちらでも可)

【お問い合わせ、提出先】

〒910-8541 福井市大手3-4-1 福井放送会館5階  
 全国健康保険協会福井支部 企画総務グループ  
 電話:0776-27-8301 FAX:0776-27-8306