

ジェネリック医薬品希望シール申込書 【FAX送信票】

(FAX 092-283-7629)

以下の情報をご記入のうえ、FAXでお送りください。

健康保険 本人(被保険者) 00111
被保険者証 令和〇年〇月〇日交付
記号 12345678 番号 1 (枚数) 00

氏名 協会 太郎
生年月日 昭和〇年〇月〇日
性別 男
資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

事業所名称
保険者番号
保険者名称
保険者所在地

「事業所記号」にはこちらに記載されている数字をご記入ください

事業所記号 (7桁または8桁の数字)	
シールの送付先住所	〒 -
宛名	
電話番号	
送付希望枚数	ソフトバンク 枚
	アビスパ 枚
	ギラヴァンツ 枚

在庫の都合上、ご希望に添えない場合があります。ご了承ください。



ジェネリック医薬品を希望します!

- ジェネリック(後発)医薬品は、効き目や安全性が先発医薬品と同等であると国から認められた安価なお薬であり、お薬代の負担軽減につながります。
- ジェネリック医薬品を希望される方は、医師または薬剤師にご相談ください。

医師・薬剤師の皆様へ 医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を希望します

ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。

全国健康保険協会 福岡支部

※このシールは、はがして保険証やお薬手帳などの余白部分に貼ってお使いください。

福岡県 Fukuoka Prefecture

【福岡ソフトバンクホークス版】

ジェネリック医薬品を希望します!

アビスパ Fukuoka

【アビスパ福岡版】

ジェネリック医薬品を希望します!

ギラヴァンツ Fukuoka

【ギラヴァンツ北九州版】