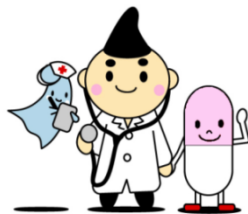


〈表面〉

## ジェネリック医薬品希望カード



氏名

〈裏面〉

医師・薬剤師の皆様へ

**私は、ジェネリック医薬品を  
希望します。**

- 治療に支障がなければジェネリック医薬品（後発医薬品）へ変更をお願いします。
- ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。

茅ヶ崎市国民健康保険

