

ジェネリック医薬品 お願いカード

私はジェネリック
医薬品を希望します

六戸町国民健康保険



『医師・薬剤師の皆様へ』



- ・ジェネリック医薬品の処方が可能であれば、お願いします。
- ・ジェネリック医薬品の処方が適切でない場合は、先発医薬品をお願いします。

氏名