

貼って伝えよう!

ジェネリック医薬品希望シール

このシールを貼ることで、ジェネリック医薬品を希望していることが医療機関や薬局に伝わります。お薬代の負担軽減につながりますので、ぜひご活用ください。



資格確認書に貼る例

後期高齢者医療資格確認書	有効期限
被保険者番号 01234567	令和 X年 X月 X日
住所 千代田区飯田橋三丁目5番1号	
氏名 広域 花子	
生年月日 昭和24年12月30日	性別 女
資格取得年月日 令和6年12月30日	
交付年月日 令和 X年 X月 X日	
負担割合・発効期日 1割	
限度区分・発効期日 令和6年12月30日	
長期入院該当日	
特定疾病区分・発効期日	
保険者番号 39131234	
保険者名 東京都後期高齢者医療広域連	捺印

お薬手帳に貼る例



※これは見本です。実際の資格確認書と色味・レイアウト等がやや異なる場合があります。

ジェネリック医薬品希望シール

ジェネリック医薬品を希望される方は、上の図のように文字のかからないところに貼ってください。

ジェネリック
医薬品希望

ジェネリック
医薬品希望

ジェネリック
医薬品希望

ジェネリック
医薬品希望



ジェネリック医薬品について



ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同等の品質・効き目・安全性があると国が認めた医薬品です。

また、先発医薬品の特許期間が切れた後に製造・販売されるため、開発費用が抑えられている分、一般的に価格が安くなっています。

ジェネリック医薬品を使いましょう！

ジェネリック医薬品を使うことで、皆さんのお薬代の負担が軽くなるとともに、広域連合が負担する医療給付費も低く抑えることができ、保険料の増加抑制にもつながります。

また、令和6年10月から、ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただく場合がございます。

この機会にジェネリック医薬品の使用についてご検討いただくと共に、未来の医療制度の維持のため、引き続きご理解とご協力をお願いします。

ジェネリック医薬品を希望する場合は、医師や薬剤師にご相談ください。

