

収受印

ジェネリック医薬品差額通知差止依頼書

(提出先)

平塚市長

太枠内を記入してください。

申請年月日	年 月 日
依頼者 氏名	
住所	
電話番号	
保険証番号	04-
被保険者名	
わたしのジェネリック医薬品差額通知を次の理由により、差止めをお願いします。	
記	
<hr/>	
<hr/>	

事務処理欄（こちらより下は記入しないでください）

受付

担当




収受印

ジェネリック医薬品差額通知差止依頼書

(提出先)

平塚市長

太枠内を記入してください。

申請年月日	令和3年 10月 31日
依頼者 氏名	平塚 太郎  <input type="text" value="申請する方の名前を記入してください。"/>
住所	平塚市浅間町9番1号
電話番号	0463-23-1111
保険証番号	04-1234567
被保険者名	平塚 太郎  <input type="text" value="差止め希望の方の名前を記入してください。"/>
<p>わたしのジェネリック医薬品差額通知を次の理由により、差止めをお願いします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p> <input type="text" value="理由を御記入ください。"/></p> <p>不要のため</p> <hr/> <hr/>	

事務処理欄（こちらより下は記入しないでください）

受付

担当