

123-4567

000000001 *

〇〇県△△市□□1-2-3

広域 一郎 様



00000123#

1234567890

000000001 *

薬局で相談された方には

クオカード 500円分
プレゼント!!

※この通知を必ずお持ちください。※一部の薬局では対象外となります。※クオカードは後日、ご自宅へ郵送いたします。

福井県後期高齢者医療広域連合 業務課
〒910-0843
福井県福井市西開発4丁目202番1
福井県自治会館5階 TEL:0776-54-6330

ジェネリック医薬品は、患者さんのお薬代負担を軽くするお薬です。

新薬
(先発医薬品)

開発期間

開発コスト

ジェネリック

開発期間

開発コスト

開発期間が短く、開発コストが大幅に抑えられるからお薬代が安くできます。

一部のジェネリック医薬品に関して供給不足や欠品が発生しており、対応できない場合があります。予めご了承ください。

ジェネリック医薬品については、医師・薬剤師にご相談ください。



お問い合わせ先

【ジェネリック医薬品通知サポートデスク(ヘルプデスク)】



0120-433-400

受付時間 10:00~17:00
土・日・祝日・年末年始を除く

後発医薬品相談 保険薬局使用欄

以下にご記入の上、薬事情報センター
(FAX:0776-61-6561)へ提出をお願いします。

相談日 年 月 日

【相談実施薬局】

薬局名 ()

薬局所在市町 ()

薬局電話番号 ()

対応薬剤師氏名 ()

【相談内容】

後発医薬品への変更を希望された

薬全般の相談を希望された

通知書の内容が分からなかった

その他 ()

お薬代負担軽減のご案内

広域 一郎 様
 令和 6年 3月 処方分 を、現在よく流通しているジェネリック医薬品に
 切り替えた場合、お薬代の負担が

180円～

軽減されます。

令和 6年 3月分の処方実績					軽減できる金額※3
医療機関・薬局区分 薬品名※1	お薬の単価	数量	単位	お薬代※2 (1割負担)	
薬局					
キネダック錠50mg	32.8	84.0	錠	270	80 ~
メバロチン錠10 10mg	22.6	28.0	錠	60	20 ~
ノルバスクOD錠5mg	15.2	28.0	錠	40	10 ~
小計				370	110 ~
薬局					
リピトール錠10mg	28.5	60.0	錠	170	70 ~
ガスモチン錠5mg	10.5	60.0	錠	60	0 ~
小計				230	70 ~
合計				600	180 ~

※1 薬品名とは

処方されたお薬(先発医薬品)の名称です。医療機関・薬局ごとに記載しています。

※2 お薬代とは

1か月にかけたお薬代です。(お薬代のみの記載で、実際にお支払いになった金額と異なる場合があります。)

※3 軽減できる金額とは

処方されたお薬をジェネリック医薬品に切り替える事によって軽減できる金額の目安です。

ご注意ください

- 本明細は、医療機関・薬局の過去の請求データに基づいて作成されています。本明細に記載しきれない場合は、軽減効果が大きい医療機関分から順に記載しています。
- 国や市町村から医療助成を受けている場合、実際の支払額と異なる場合があります。
- ジェネリック医薬品は1つの先発医薬品に対して複数存在する場合がありますため、実際の軽減額には幅があります。
- 上記に記載する医薬品には、がんその他特殊疾病に使用されるお薬、短期処方のお薬については除外しています。
- 先発医薬品とジェネリック医薬品は有効成分は同一ですが、個人によって効き目や副作用などは異なる場合があります。詳しくは医師・薬剤師にご相談ください。
- 本通知書はお薬をご使用されているすべての加入者の方にお送りしているわけではありません。