

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	
被保険者番号	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、差し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