

ジェネリック差額通知のお知らせについて

1. 通知対象お薬代

医療機関受診分 **2018年01月～ 2018年04月受診分**

2. 配付対象者

ジェネリック対象お薬代のある在籍する被保険者のみ(ご家族を含む)

3. ジェネリック差額通知の配付方法

封書(窓空きタイプ)の通知を**7月下旬以降、被保険者のご自宅宛**送付します。
(「医療費通知」とは別に郵送いたします。)

4. ジェネリック医薬品とは

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品(新薬)の特許が切れた後に発売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果を持つ医薬品のことをいいます。
発売された年度の違いなどから価格が異なります。

5. 通知内容の見本は次ページのとおりです。

◇◇◇ 厚生労働省 ジェネリック 関連情報は こちら ◇◇◇

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kouhatu-iyaku/

本件に関するお問合せ先

ジェイティ健康保険組合 保健事業担当 内藤

電話:03-5572-4931 (広域内線:7300-4931)

〒 999-9999
 ○○○県○○○市○○町大字○○○ 9-99-999
 ○○○マンション9-999 99号室

○○○ 〇〇 様
 (被保険者： ○○○ 〇〇〇 様)

1 000002#

<ジェネリック利用促進のご案内>
 ○○○健康保険組合
 〒999-9999
 ○○○県○○市○○町999
 TEL 09-9999-9999
 FAX 09 9999 9999

ジェネリックに切替えてみませんか？

あなたのお薬代

852円

健保負担分

1,989円

なんと！ ここまで安くなる！

343円

健保負担分

800円

お薬明細 (20YY年MM月~20YY年MM月)

ジェネリック医薬品に切替えたときのお薬の明細

No.	あなたがもらったお薬	処方量	薬価(円)	お支払額(円)	最安値のジェネリック医薬品		広く使われているジェネリック医薬品	
					医薬品名	切替後(円)	医薬品名	切替後(円)
1	フルチカゾン点鼻液 50ug 56噴霧用	1瓶	1518.1	455	▶(1) フルチカゾン点鼻液 50ug 「イセイ」 56噴霧用	191	スカイロン点鼻液 50ug 56噴霧用	303
2	クラリチンレディタブ錠 10mg	14錠	94.5	307	▶(2) ロラタジンOD錠 10mg 「サンド」	152	ロラタジンOD錠 10mg 「トニーフ」	224
3					▶(3)			
4					▶(4)			
5					▶(5)			
6					▶(6)			
7					▶(7)			
8					▶(8)			

※1「あなたがもらったお薬」がジェネリック医薬品があるお薬を最大8件表示しています。
 ※「お支払額」は自己負担分(3割)で計算しています。
 ※薬価金額はお薬代のみであり、調剤料や加算料は含まれていません。
 ※がんや特務医療に処方されたお薬については除外しています。
 ※上記以外のジェネリック医薬品もありますので、お近くの調剤薬局又は医療機関の薬剤師にご相談ください。

最安値のジェネリック医薬品の
 詳しい説明は、裏面をご覧ください。

1-1000020Y9NM0001000002#

ジェネリック医薬品のご説明

最安値のジェネリック医薬品の詳細です。

(1) フルチカゾン点鼻液 50ug 「イセイ」 56噴霧用
 鼻の炎症やアレルギーを抑えます。

(2) ロラタジンOD錠 10mg 「サンド」
 湿気やかゆみ、鼻の炎症などのアレルギー症状を改善します。

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

データ出典：(株)薬事日報社



お薬をもらった調剤薬局・医療機関のジェネリック提供実績 (※提供実績が空欄の場合はお近くの調剤薬局・医療機関へお問い合わせください。)

調剤薬局・医療機関名/所在地	電話	提供実績*
○○薬局 ○○県○○市○○町○○ 9-9-999	099-999-9999	

*提供実績については、「お薬の明細」で表示しているジェネリックの調剤薬局(1年以内)があるものについてNoで表示しています。



**ジェネリック医薬品を利用しましょう。
 医師にジェネリック切替え希望を相談しましょう。**

1-1000020Y9NM0001000002