のりしろ（この面にのりをつけてください。）

山折り

料金受取人払郵便

城東局
承認
1080

返信

差出有効期間
令和10年４月
30日まで有効

1368790

東京都江東区亀戸一丁目三八番四号
朝日生命江東ビル七階

株式会社 アーテム

行

（東部ゴム健康保険組合）

氏名	住所
	〒　　-

のりしろ（この面にのりをつけてください。）

山折り

山折り

のりしろ（この面にのりをつけてください。）

山折り

●FAXでお申込みの方は、必要事項をご記入のうえ、このページを切り離し送信してください。

FAX送信先 **FAX No. 0120-711-768**（フリーダイヤル 料金不要）

※諸事情により、フリーダイヤルに送信できない方は、**FAX No.03-6659-5907**（有料）へ送信してください。

●郵送でお申込みの方は、必要事項をご記入のうえ、申込書をキリトリ線に沿って切り離し、封筒にして投函してください。

（東部ゴム健康保険組合）

申込書

株式会社アーテム 大阪市生野区巽南5-5-13

薬効	品名	品番	数量	単価	金額
指定濫用防止医薬品	★新プレコールS顆粒	1		480	
	★プレコールかぜ薬錠	2		560	
	★ルルカゼブロックα	3		700	
	★ベンザエースA錠	4		520	
	★パブロンSゴールドW錠	5		1,350	
	★プレコールせき止め錠A	6		960	
	★プレコール鼻炎カプセルA	7		410	
感冒薬	★パイロンPL錠	8		1,350	
	★新ルルエース	9		650	
	★シオノギ葛根湯エキス顆粒	10		560	
	★葛根湯エキス顆粒Sクラシエ	11		660	
	★葛根湯エキス錠クラシエ	12		740	
	★カッコリン	13		490	
せき・うがい・トローチ	★浅田飴クールS	14		350	
	うがい薬コロロSP	15		360	
	新ルルエースのどスプレーa	16		540	
	龍角散ダイレクトスティック	17		660	
	新ルルエーストローチs	18		330	
	健栄Gトローチ	19		340	
鼻炎薬	★フェキソフェナジン錠「ST」a	20		1,200	
	★アレジオン20	21		2,750	
	★ポジナールEP錠	22		1,360	
	★ストナリニS	23		810	
	★小青竜湯エキス顆粒A	24		730	
	★爽AL点鼻薬a	25		380	
解熱鎮痛薬・乗物酔い	★新セデス錠	26		270	

記入もれがある場合、購入いただけません。

事業所記号	
事業所名	
日中連絡先	（ ）
商品送付先住所	〒□□□-□□□□
送付先	会社 ・ 自宅
フリガナ	
氏名	
送付先TEL	― ―

薬効	品名	品番	数量	単価	金額
解熱鎮痛薬・乗物酔い	★バファリンA	27		320	
	★バファリンルナi	28		590	
	★バファリンプレミアム	29		770	
	★イブA錠	30		360	
	★イブクイック頭痛薬	31		820	
	★ノーシンピュア	32		380	
	★小児用バファリンCⅡ	33		440	
	アネロン「ニスキャップ」	34		1,150	
胃腸・整腸薬	ストッパ 下痢止めEX	35		330	
	正露丸	36		470	
	セイロガン糖衣A	37		720	
	第一三共胃腸薬錠剤s	38		400	
	太田胃散<分包>	39		340	
	大正漢方胃腸薬	40		1,230	
	キャベジンコーワα	41		980	
	新ビオフェルミンS錠	42		2,250	
目薬	★爽AL目薬	43		460	
	★アイビットFX	44		340	
	アイビットE40	45		330	
	OAリッチ目薬	46		350	
	ティアリッチ目薬	47		240	
	ソフトサンティア	48		650	
肩こり・筋肉痛	★リフェンダLXテープ	49		390	
	★リフェンダID0.5%	50		220	
	★ロキテクトローション	51		540	
	★パテックス液ID	52		600	
	★アンメルツヨコヨコ	53		360	
	★パスタイムプラス	54		630	
	★パテックスうすぴたシップ	55		1,080	
外用薬	オロナインH軟膏	56		240	
	マキロンS	57		240	
	メンソレータム軟膏	58		210	
救急絆創膏	カットバン	59		340	
	バンドエイド キズパワーパッド	60		590	
	バンドエイド キズパワーパッド	61		520	
	バンドエイド 肌色	62		420	
	ケアリーヴ CLT22M	63		240	
	防水救急ばんそう膏	64		310	
かゆみ止め・虫よけ	新オイラックスHクリーム	65		360	
	★マキロンかゆみどめ液A	66		540	
	★ムヒS	67		160	
	★マキロンかゆみどめパッチ	68		280	
水虫薬	★新ビホナエースクリーム	69		720	
	★新ビホナエース液	70		720	
フェムケア	命の母A	71		2,350	
	ウルーノHPクリーム	72		880	
	ニューウレアクリーム20%	73		700	
	ハイチオールCプラス2	74		2,100	

薬効	品名	品番	数量	単価	金額
フェムケア	ケシミンクリーム	75		1,300	
	ベビーワセリンリップ	76		240	
オーラル関連	アセス	77		860	
	クリーンデンタルF	78		1,100	
	クリーンデンタルF	79		470	
	シルクスターホワイトEX（エクストラミント）	80		520	
	ガムデンタルペースト（ハーブミント）	81		330	
	薬用APホワイト［リフレッシュミント］	82		530	
	Ora2プレミアムステインクリアペースト（プレミアムミント）	83		330	
	サンスター薬用塩ハミガキ スパイシーミント	84		480	
	システマEXハミガキ メディカルクール	85		410	
	NONIOプラス知覚過敏ケアハミガキ	86		440	
	ガムナイトケアリンス（ナイトハーブ）	87		650	
	デンタルケア歯ブラシ	88		110	
	ガムデンタルハブラシセット	89		1,180	
	フレッシュハブラシ 超極細毛	90		1,080	
	フレッシュフロスピック	91		200	
その他	サラヤサージカルマスクSF	92		360	
	不織布マスクPREMIUM ふつう	93		630	
	アルコール除菌ウェットティッシュ	94		220	
	キレイキレイ薬用泡ハンドソープ	95		650	
	黒綿棒	96		190	
	ひえひえ天国（おとな用）	97		350	
	ひえひえ天国（こども用）	98		350	
	新ヨクイニンタブレットクラシエ	99		1,470	
保健薬	ノイビタエースEX	100		1,110	
	チョコラBBプラス	101		2,680	
	アリナミンEXプラス	102		3,550	
健康食品	※スーパーブルーベリー粒	103		1,300	
	※ヒアルロン酸&コラーゲン粒	104		1,850	
	※私の青汁	105		2,200	
	※ビタミンC1200	106		500	
医療機器等	オムロン 電子体温計けんおんくん	107		780	
	オムロン上腕式血圧計	108		4,980	
	音波式電動ハブラシ	109		1,950	
	カラダスキャン体重体組成計	110		4,400	

①購入金額計		円
②送料	会社宛 ➡	無料
	自宅宛 購入金額2,500円以上は送料無料 （どちらかに○をしてください）	無料・500円
	※納品日につきましては、表紙をご覧ください	
総合計金額①＋②		円

★印はセルフメディケーション税制対象商品。 ※印は軽減税率対象商品。

No1～No5、No6、No7が指定濫用防止医薬品です。
規制の対象となります。

薬効ごとに、No1～5の中で1個、No6は1個、No7は1個、に限りお申込みいただけます。**但し、家族など複数人分をまとめてお申込みの場合、薬効ごとに人数分の個数に限りお申込みいただけます。**必ず使用する方すべての氏名をご記入ください。（必要な人数の氏名が記入されていない場合には、ご希望の個数をお届けできません。）

氏名：（ ）（ ）（ ）（ ）
（ ）（ ）（ ）（ ） 計 名

指定濫用防止医薬品No1～No5、No6、No7をお申込みの方全員について確認させていただきます。どちらかを○で囲んでください

- 年齢は18歳以上ですか。 はい ・ いいえ
- 現在継続して使用している医薬品はありますか。 はい ・ いいえ
  （はいの場合は医薬品名を記入してください）
  医薬品名（ ）
- 指定濫用防止医薬品を他店で購入していませんか。 はい ・ いいえ
- 指定濫用防止医薬品を多量・頻回購入していませんか。 はい ・ いいえ
- 用法・用量を守って適切に使用しますか。 はい ・ いいえ

※**【ご注意】** No1～No5、No6、No7の商品は、薬効ごとにひとり1個に限ります。2個以上お申込みで他に使用する方の氏名が個数分記入されていない場合、こちらで数量変更させていただきます。その際に減額したことにより送料無料の金額に達しない場合は送料が発生いたします。ご注意ください。なお、ご不明の場合はお問い合わせください。

【使用者の状態等の確認事項】No1～No5、No6、No7をお申込みでない方でもご記入ください。
医薬品・健康食品をお申込みで、以下に当てはまる項目がある方は差し支えない範囲でお知らせください。（記入は必須ではございません。）

①薬によるアレルギー症状やぜんそく等の副作用を起こしたことがある場合は、副作用歴（医薬品名・症状）を記入してください。
副作用歴（ ）

②医師の治療を受けている場合は、疾患名を記入してください。
疾患名（ ）

③現在継続して使用している医薬品がある場合は、医薬品名を記入してください。
医薬品名（ ）

④妊娠中または妊娠しているかもしれない。 はい ・ いいえ ⑤授乳中である。 はい ・ いいえ

⑥現在摂っている健康食品・サプリメント等がある場合は、その「商品名」を記入してください。
商品名（ ）

※お知らせいただきました内容により、 専門家が連絡を差し上げる場合がございます。

申込締切日 令和8年10月31日（土）まで