

●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)

●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。

申込書

※No.①～⑤の商品の中で2個以上、またはNo.⑬、⑳の商品を2個以上お申込みの方は、「複数購入理由をご記入ください。」

品名	品番	数量	単価	金額	品名	品番	数量	単価	金額	品名	品番	数量	単価	金額
★新プレコールS顆粒	1		490		新ビオフェルミンS錠	52		2,150		休 足 時 間	103		400	
★プレコールかぜ薬錠	2		630		ヤクルトB.L整腸薬	53		1,820		ア セ ス	104		990	
★ルルカゼプロックα	3		700		★爽 A L 目 薬	54		390		グリーンデンタルF 2Pセット	105		1,000	
★ベンザエースA錠	4		580		★アイビットFX	55		320		グリーンデンタルF	106		420	
★パバロンSゴールドW錠	5		1,350		★ペパーール抗菌	56		360		シルクスターホワイトEX	107		520	
★パイロンPL錠	6		1,250		★ヒアルロン酸目薬TEIKA	57		720		ガムデンタルペースト	108		320	
★新ルルエース	7		580		★アイビットE40	58		330		薬用APホワイト	109		530	
★シオノギ葛根湯エキス顆粒	8		500		★O.A.リッチ目薬	59		350		Oral27プレミアムステインクリアペースト	110		330	
★葛根湯エキス顆粒Sクラシエ	9		660		★ティアリッチ目薬	60		280		サンスター薬用塩ハミガキ	111		440	
★葛根湯エキス錠クラシエ	10		740		★オムニードLXテープ	61		950		システマEXハミガキ	112		400	
★カッコリン	11		490		★リフェンダLXテープ	62		390		NONIOプラス知覚過敏ケアハミガキ	113		430	
★浅田飴クールS	12		290		★ロキテクトローション	63		510		クニカPRO オールインワンハミガキ	114		640	
★プレコールせき止め錠A	13		930		★ロキテクトゲル	64		520		ガムナイトケアリンス(ナイトハーブ)	115		610	
★メジコンせき止め錠Pro	14		1,380		★パテックス液ID	65		590		薬用リステリン トータルケアゼロプラス	116		750	
★うがい薬コロコロSP	15		320		★アンメルツヨココ	66		390		デンタルケア歯ブラシ	117		100	
★健栄うがい薬	16		830		★パスタイムプラス	67		600		ブラクリン歯ブラシ	118		590	
★新ルルエースのどスプレーa	17		630		★パテックスうすびたシップ	68		1,080		ガムデンタルハブラシセット	119		1,100	
★ベラックT錠a	18		1,190		★ビップエレキパン130	69		850		フレッシュハブラシ 超極細毛	120		1,200	
★龍角散ダイレクトスティック	19		660		★ブリザエース軟膏	70		860		フレッシュフロスピック	121		170	
★新ルルエースローチs	20		340		★レチナートV.Sクリーム	71		680		クリニカドバンテージ スポンジフロス	122		330	
★健栄Gトローチ	21		300		★ティカエース軟膏	72		590		デンタルプロ舌ブラシ	123		170	
★プレコール鼻炎カプセルA	22		400		★オロナインH軟膏	73		330		サラヤ サージカルマスクSF	124		340	
★アレルピ	23		1,500		★キップパイロール-Hi	74		320		不織布マスクPREMIUM ぶつう	125		600	
★フェキソフェナジン[ST]a	24		1,200		★マキロンS	75		260		アルコール除菌ウェットティッシュ	126		210	
★アレジオン20	25		2,750		★メンソレータム軟膏	76		260		たたいて冷感マスク	127		170	
★ポジナールEP錠	26		1,150		★バンドエイド キズパワーパッドL	77		640		爽快クールボディシート	128		210	
★ストナリニS	27		750		★バンドエイド キズパワーパッドM	78		560		ノンスメル くつ用スプレー	129		610	
★小青竜湯エキス顆粒a	28		670		★バンドエイド 肌色	79		420		キレイキレイ薬用泡ハンドソープ	130		650	
★爽AL点鼻薬a	29		400		★バンドエイド 防水	80		480		黒 綿 棒	131		190	
★新セデス錠	30		270		★ケアリーヴ CLT22M	81		270		熱さまシート 大人用	132		500	
★パファリンA	31		350		★キズリパテープ	82		320		シチズン電子体温計	133		1,720	
★パファリンルナi	32		580		★消毒もできる液体ばんそうこう	83		430		シチズン上腕式血圧計	134		3,900	
★パファリンプレミアム	33		770		★新オイラックスHクリーム	84		320		★[クラシエ] 漢方防臭消臭剤エキスEX錠	135		1,880	
★パファリンプレミアムDXフイット	34		990		★マキロンかゆみどめ液A	85		490		★新ヨクイニンタブレットクラシエ	136		1,470	
★イブミアA錠	35		360		★ムヒS	86		180		★ノイビタエースEX	137		1,100	
★イブクイック頭痛薬	36		820		★マキロンかゆみどめパッチ	87		260		★チョコラBBプラス	138		2,680	
★イブクイック頭痛薬DX	37		960		★虫よけスプレー	88		600		★アリナミンEXプラス	139		3,850	
★イブスリーショットプレミアム	38		1,980		★新ビホナエースクリーム	89		700		★キューピーコーワゴールドαプレミアム	140		2,480	
★ノーションピュア	39		330		★新ビホナエース液	90		700		※ カロリミット (40回分)	141		1,740	
★アネロン「ニスキャップ」	40		1,100		★サトウ口内軟膏	91		410		※ 食卓の番人	142		980	
★トラベルミンファミリー	41		720		★命の母A	92		2,350		※ スーパーブルーベリー粒	143		1,180	
★ストッパ下痢止めEX	42		470		★命の母ホワイト	93		2,280		※ ヒアルロン酸&コラーゲン粒	144		1,900	
★正露丸	43		470		★ウルノHPクリーム	94		820		※ 私 の 青 汁	145		2,000	
★セイロガン糖衣A	44		720		★ニューウレアクリーム20%	95		700		※ ビタミンC1200	146		450	
★第一三共胃腸薬錠剤s	45		470		★ハイチオールCプラス2	96		2,780						
★第一三共胃腸薬細粒s	46		440		★ハイチオールホワイトαプレミアム	97		3,480						
★太田胃散<分包>	47		400		★ケシミンクリーム	98		1,290						
★大正漢方胃腸薬	48		1,230		★ニキパ薬用シカクリーム	99		760						
★スクラート胃腸薬(顆粒)	49		1,420		★ベビーワセリンリップ	100		240						
★キャベジンコーワα	50		1,050		★効能風呂ゆず	101		600						
★クラシエ和漢胃腸薬G	51		430		★ぐつすりおやすみテープ	102		370						

【使用者の状態等の確認事項】※医薬品・健康食品をお申込みの方は差し支えない範囲でお知らせください。

- ①初めて使用する医薬品がある場合は、商品番号を記入してください。(No.)
- ②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・症状)を記入してください。()
- ③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()
- ④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()
- ⑤健康に良いと思って毎日摂っているものがある場合は、その商品名を記入してください。「健康食品など」の商品名()
- ⑥妊娠中または妊娠しているかもしれない。 はい ⑦授乳中である。 はい

【商品番号No.1～5の中で2個以上(同一商品を2個以上、異なる商品例えばNo.1を1個とNo.2を1個など合計が2個以上)、No.13、No.22それぞれで2個以上申込みの場合は該当する理由に☑を入れてください(両方チェック可)】

次の購入までの常備薬とするため 家族等複数人で使用するため

対象商品を2個以上お申込みで理由にチェックが入っていない場合、ご希望の個数をお届けできない場合があります。必ずチェックを入れてください。

★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。

住所 ※宅配にて配達致しますので、確実に受け取りの出来る住所をご記入ください。
※マンション名・部屋番号までご記入ください。また、勤務先へのお届けの場合は勤務先名もご記入ください。

〒 [] [] [] - [] [] [] []

商品お届け先

フリガナ _____ 性別 _____

氏名 _____ 性別 男・女

電話番号 _____ 問合せ先 日中の連絡先(携帯・勤務先など) _____

申込書 株式会社アーテム 大阪市生野区巽南5-5-13

※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。
(東プレ健康保険組合)



申込締切日 **2026年6月30日(火)まで**

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

7015

返 信

差出有効期間
令和 8 年10月
31日まで有効

1 3 6 8 7 9 0

株式会社
アーテム

行

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

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



(東プレ健康保険組合)

のりしろ (この面にのりをつけてください。)

山折り