

●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.①～⑩の商品の中で2個以上、またはNo.⑬、⑲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
★新ブレコールS顆粒	1		490		ヤクルトBL整腸薬	52		1,820		効能風呂ゆず	103		600	
★パブロンゴールドA微粒	2		1,390		★爽AL目薬	53		390		ぐっすりやすみテープ	104		250	
★フルダン顆粒	3		430		★アイビットFX	54		320		休足時間	105		400	
★プレコールかぜ薬錠	4		630		★ペパー抗菌	55		360		アセス	106		990	
★ルルカゼブロックα	5		700		スマイル40EXゴールド	56		600		グリーンデンタルF	107		420	
★ベンザエースA錠	6		580		アイビットE40	57		330		グリーンデンタルFセット	108		1,000	
★パブロンS錠	7		890		★OAリッチ目薬	58		350		シルクスターホワイトEX	109		520	
★パブロンSゴールドW錠	8		1,350		ティアリッチ目薬	59		280		薬用APホワイト	110		460	
★パブロンエースPro-X錠	9		1,300		★オムニードLXテープ	60		700		サンスター薬用塩ハミガキ	111		440	
★エスタック総合感冒	10		990		★リフェンダルXテープ	61		390		Oral27ミズミンステインクリアペースト	112		330	
★新ルルエース	11		580		★ロキテクトローション	62		510		システマEXハミガキ	113		370	
★シオノギ葛根湯エキスパール	12		500		★ロキテクトゲル	63		520		NONIOプラス和漢湯薬ケアハミガキ	114		410	
★葛根湯エキスパールS	13		660		★パテックス液ID	64		590		クリニカPROオールインワンハミガキ	115		590	
★葛根湯エキスパールSE	14		740		★アンメルツココロ	65		390		ガムナイトケラリンS(ナイトハーブ)	116		610	
★カッコリン	15		490		★パスタイムプラス	66		600		薬用リステリン トータルケアゼロプラス	117		750	
★コルゲンコーワ滋養チャージ	16		270		★パテックスすずびたシップ	67		450		デンタルケア歯ブラシ	118		100	
★浅田飴クールS	17		290		★ビップエレキバン130	68		850		ブラクリン歯ブラシ	119		590	
★ブレコールせき止め錠A	18		930		★圧指パチパン	69		1,500		ガムデンタルハブラシセット	120		1,100	
★パブロンせき止めトリプル錠	19		1,580		★ブリザエース軟膏	70		860		フレッシュハブラシ 超極細毛	121		1,200	
★メジコンせき止め液Pro	20		1,660		★レチナートVスクリーム	71		680		フレッシュフロスピック	122		170	
★うがい薬コロロS	21		320		★ベアアクネクリームW	72		760		JHP T型舌ブラシ	123		160	
★健栄うがい薬	22		830		★オロナインH軟膏	73		330		サラヤ サージカルマスクV	124		350	
★新ルルエースのどスプレーa	23		630		★キップパイロール・Hi	74		320		アルコール除菌ウェットティッシュ	125		210	
★ペラックT錠a	24		1,080		★マキロンS	75		230		ノンスメル冷蔵庫用置き型 1年脱臭	126		300	
★龍角散ダイレクトスティック	25		660		★メンソレータム軟膏	76		260		ノンスメル くつ用スプレー	127		610	
★新ルルエーストローチs	26		340		★バンドエイド キズパワーパッドL	77		640		キレイキレイ薬用泡ハンドソープ	128		550	
★健栄Gトローチ	27		300		★バンドエイド キズパワーパッドM	78		560		黒綿棒	129		190	
★ブレコール鼻炎カプセルA	28		400		★バンドエイド 肌色	79		420		熱さまシート 大人用	130		500	
★アレピ	29		1,500		★バンドエイド 防水	80		480		たたいて冷感タイム	131		170	
★フェキソフェナジン錠[ST]a	30		1,200		★ケアリーヴ CLT22M	81		270		爽快クールボディシート	132		210	
★アレジオン20	31		2,750		★マキロン防水救急絆	82		310		シチズン電子体温計	133		1,720	
★ポジナールE錠	32		1,290		★マズリパテープ	83		320		上腕式デジタル血圧計	134		3,700	
★ストナリニS	33		750		★消毒もできる液体ばんそうこう	84		430		★[クラシエ] 漢方防風通聖散料エキスEX錠	135		1,880	
★小青竜湯エキスパールA	34		670		★新オイラックスHクリーム	85		320		★ノイビタエースEX	136		1,100	
★爽AL点鼻薬a	35		450		★マキロンかゆみどめ液A	86		490		★アリナミンEXプラス	137		3,850	
★新セデス錠	36		270		★ムヒS	87		180		★キューピーコーワゴールドαプレミアム	138		2,290	
★パファリンA	37		350		★マキロンかゆみどめパッチ	88		260		★新ヨクイニンタブレットクラシエ	139		1,470	
★パファリンプレミアムDX	38		930		★虫よけスプレー	89		520		★チョコラB Bプラス	140		1,370	
★イブA錠	39		520		★新ビホナエースクリーム	90		700		※ビタミンC1200	141		450	
★イブクイック頭痛薬	40		820		★新ビホナエース液	91		700		※カロリーミット(40回分)	142		1,740	
★イブスリーショットプレミアム	41		1,980		★サトウ口内軟膏	92		410		※スーパーブルーベリー粒	143		1,180	
★アネロン「ニスキャップ」	42		1,100		★ノーシンピュア	93		330		※ヒアルロン酸&コラーゲン粒	144		1,900	
★第一三共胃腸薬錠剤s	43		410		★パファリンルナi	94		580		※食卓の番人	145		980	
★新キャベジンコーワS	44		710		★命の母A	95		2,350		※私の青汁	146		2,000	
★第一三共胃腸薬細粒s	45		410		★命の母ホワイト	96		2,280						
★太田胃散く分包>	46		400		★ウルノHPクリーム	97		820						
★大正漢方胃腸薬	47		1,230		★ニューウレアカリーム20%	98		700						
★正露丸	48		410		★ハイチオールCプラス2	99		2,780						
★ストッパ 下痢止めEX	49		470		★ハイチオールホワイトαプレミアム	100		3,480						
★クラシエ和漢胃腸薬G	50		430		★ケシミンクリーム	101		1,290						
★新ビオフェルミンS錠	51		2,150		★ニキバ薬用シカクリーム	102		760						

【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.1～10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.18、No.28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。

商品お届け先	住所	※宅配便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。		
	〒	[][]-[][][]-[][][][]		
	フリガナ			
	氏名	性別		
	電話番号	男・女		
	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

2025年6月30日(月)まで

FAX挿入方向

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

3388

返 信

差出有効期間
令和 7 年 9 月
30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

山折り

氏名	住 所
	〒 -

のりしろ (この面ののりをつけずください。)

のりしろ (この面にのりをつけてください。)

山折り

(東プレ健康保険組合)