

家庭用常備薬申込み

箇所取りまとめ書（総括表）

申込書枚数 枚

※申込書の枚数のみご確認ください(各々の商品・金額等の集計確認は必要ありません)

お申込の際は、この取りまとめ書を必ず添付してください。
この用紙は商品の発送・配達時に使用します。(カラーで出力してください)
必要事項を赤枠内に大きくはっきりとご記入ください。

郵便番号

納付先住所

会社名

箇所名

電話番号

取りまとめ
担当者名

(※常備薬納品時のあて名になる場合があります。)

申込書ならびに取りまとめ書（総括表） 送付先

〒578-0954

大阪府東大阪市横枕 1 2 - 1 9

白石薬品株式会社 大阪営業部

近畿日本ツーリスト健康保険組合 受付係

(tel : 072-940-7085 月～金 9:00～17:00)

送付先への申込締切日： **令和 7 年 8 月 2 9 日（金）** 必着

(業者記入欄)