

ジェネリック医薬品希望カード・シール送付依頼票

◇ ジェネリック医薬品希望カード枚数 () 枚

◇ ジェネリック医薬品希望シール枚数 () 枚

※枚数に限りがございますので、必要数量のみご記入ください。

〈送付先〉

〒 _____

住所

(事業所所在地) _____

氏名

(事業所名・担当者) _____

連絡先 () _____

あて先およびお問い合わせは

330-8686

さいたま市大宮区土手町1-49-8 GM 大宮ビル1階

全国健康保険協会 埼玉支部

企画総務グループ 担当 森脇・青木

TEL 048-658-5912