

「ジェネリック医薬品希望シール」送付依頼書

～ FAX・郵送でお気軽にご依頼ください！！ ～

●送付希望先

お名前 (又は事業所名)	
ご住所 (事業所所在地)	〒 -
ご連絡先	

●送付希望枚数

() 枚

●宛先・問い合わせ先

〒240-8515
横浜市 保土ヶ谷区 神戸町 134
横浜ビジネスパーク イーストタワー 2階
全国健康保険協会 神奈川支部 企画総務グループ
TEL：045-339-5523
FAX：045-339-5576

※このフォームにご記入の上、上記の宛先・問い合わせ先までFAXまたは郵送ください。