

「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 (又は事業所所在地)	〒 -
ご連絡先	

●送付希望枚数

() 枚

●宛先・問い合わせ先

〒220-8538
横浜市 西区 みなとみらい 4-6-2
みなとみらいグランドセントラルタワー 9階
全国健康保険協会 神奈川支部 企画総務グループ
TEL：045-270-8462
FAX：045-273-3862

※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。