

# 「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 : 045-270-8431  
FAX : 045-662-0821

この用紙をご記入の上、上記の宛先・問い合わせ先へFAXまたは郵送をお願いいたします。