

※品名の前の★印の商品がセルフメディケーション税制の対象商品です。この用紙は申告の際に必要となりますので大切に保管してください。

※品名の前の※印の商品が軽減税率対象商品です。※単価には、消費税が含まれています。

申込書

2022年9月

大阪市生野区巽南5-5-13
株式会社アーテム

品名	品番	数量	単価	金額	品名	品番	数量	単価	金額	品名	品番	数量	単価	金額
うがい薬コロSP	1	320			正露丸	52	320			当帰の力	103	400		
イソジンうがい薬	2	300			新ビオフェルミンS錠	53	870			システマEXハミガキ メディカルケール	104	350		
シチズン電子体温計 CT422	3	950			スマイル40EXゴールド	54	660			NONI Oプラス知覚過敏ケアハミガキ	105	440		
シチズン電子体温計 CTE507	4	1,900			★アイビット F X	55	400			ガムナイトケアリンス(ナイトハーブ)	106	580		
キレイキレイ薬用泡ハンドソープ	5	470			★ペパール 抗菌	56	440			薬用リステリン トータルケアゼロプラス	107	760		
サージカルマスク Y S	6	500			★ロート O A 目薬	57	380			音波式電動歯ブラシ	108	2,400		
KUCHIRAKU MASK	7	800			★爽 A L 目薬	58	340			電動歯ブラシ用替ブラシ(歯垢除去)	109	680		
さらふわESSENTIAL MASK	8	750			ティアリッチ目薬	59	310			フレッシュハブラシ 超極細毛	110	1,450		
スパパレス不織布カーマスク(グレー)	9	200			ソフサンティア	60	600			ガムデンタルハブラシセット	111	1,000		
スパパレス不織布カーマスク(ベージュ)	10	200			★パテックス液 I D	61	650			デンタルブラシ(専用キャップ付)	112	340		
スパパレス不織布カーマスク(ローラルピンク)	11	200			★ロキテクトローション	62	500			デンタルケア歯ブラシ	113	90		
おでかけ除菌ウェットティッシュ	12	320			★ロキテクトゲル	63	500			デンタルプロ ソフトラバーピック	114	450		
★コンタック総合感冒薬 EX	13	570			★ロキブフェンテープ	64	750			フレッシュフロスピック	115	180		
★新ブレコール S 顆粒	14	550			★サロンシップインドメタジン EX	65	780			J H P T 型歯ブラシ	116	150		
★パブロン S α 錠	15	900			★テカパップ I M	66	300			★トラフルダイレクト a	117	1,300		
★ルルカゼブロック α	16	750			★パスタイム プラス	67	650			ト ラ フ ル 錠	118	1,410		
★ブレコールかぜ薬錠	17	580			★パテックスうすびたシップ	68	490			サ ト ウ 口 内 軟 膏	119	400		
★ベンザエース A 錠	18	650			新フジバツ 温感	69	330			★メディウム水虫アザH17クリーム	120	900		
★新ルルエース	19	420			★アンメルツヨコ	70	400			ピロエース W 液	121	700		
★葛根湯エキス錠クラシエ	20	750			ピップエレキバン130	71	750			黒綿棒	122	260		
★カコナル葛根湯顆粒 F	21	740			ボラギノール A 軟膏	72	1,300			ぐっすりおやすみテープ	123	280		
★シオノギ葛根湯エキス顆粒	22	510			★ペアアクネクリーム W	73	680			休 足 時 間	124	390		
★葛根湯内服液[カッコリン]	23	420			ウルノHPクリーム	74	900			冷 え ピ タ (大 人 用)	125	400		
★アプレコール鼻炎カプセル A	24	470			オロナイン H 軟膏	75	320			プリステックス センシティブ2本パック	126	580		
龍角散鼻炎朝タカカプセル	25	320			キップパイロール・Hi	76	360			効 能 風 呂 ぬ ず	127	880		
★ア レ ビ	26	1,000			メンソレータム軟膏	77	260			貼るホッカイロ ミニ	128	300		
★トキワアレブロック	27	1,000			マ キ ロ ン S	78	290			ノンスメル くつ用スプレー	129	710		
★ストナリニ・サット	28	660			ニューウレアクリーム20%	79	440			上腕式デジタル血圧計	130	3,200		
★小青竜湯エキス顆粒 A	29	680			プロペト ピュアペール	80	1,080			命 の 母 A	131	2,150		
★爽 A L 点鼻薬 a	30	500			ケシミンクリーム	81	1,320			★[クワジイ] 漢方防風湿脚気エキス EX 錠	132	1,920		
★アプレコールせき止め錠 A	31	870			フェルゼアプレミアム 薬用泡の化粧水	82	1,650			ヨクイニタブレット	133	1,380		
★浅田飴 クール S	32	300			メディウム薬用ビタミン配合クリーム	83	500			ノイビタエース EX	134	980		
新ルルエースのどスプレー a	33	570			★マキロンかゆみどめ液 A	84	480			トランシーノ ホワイトCクリア	135	2,700		
龍角散グレイドスティック(ミント)	34	300			新オイラックスHクリーム	85	380			アリナミン EX プラス	136	3,790		
新ルルエーストローチ	35	340			★ム ヒ S	86	180			ハイチオールC プラス2	137	2,700		
健栄 G トローチ	36	350			★マキロンかゆみどめパッチ	87	280			キュービーゴールドαプレミアム	138	2,200		
★新セデス錠	37	280			虫よけスプレー	88	420			※賢者の食卓	139	1,650		
★パファリン A	38	330			ケアリーヴ治す力 CN9L	89	680			※カロリーミット(40回分)	140	1,780		
★パファリンルナ i	39	600			バンドエイド キズパワーパッド L	90	620			※金のしじみクワン肝臓エキス	141	890		
★パファリンプレミアム	40	900			バンドエイド キズパワーパッド M	91	600			※スーパーブルーベリー粒	142	1,200		
★ノーションピュア	41	330			バンドエイドウォータープラック	92	400			※痛快・楽々グルコサミンスーパー	143	1,940		
★イブ A 錠	42	560			マキロン防水救急絆	93	380			※ヒアルロン酸&コラーゲン粒	144	1,600		
★イブクイック頭痛薬	43	880			ケアリーヴ C L T 22M	94	200							
アネロン「ニスキャップ」	44	950			バンドエイド E I D	95	380							
新キャベジンコーワ S	45	720			キズリパテープ	96	350							
第一三共胃腸薬錠剤 s	46	410			★クリニカフックメディカルコート	97	850							
スクラート胃腸薬(顆粒)	47	880			ア セ S	98	900							
第一三共胃腸薬細粒 s	48	410			シルグスターホワイト EX(エクストラミント)	99	480							
太田胃散 < 分包 >	49	390			クリーンデンタルFセット	100	940							
クラシエ和漢胃腸薬 G	50	460			クリーンデンタル F	101	480							
ストッパ 下痢止め EX	51	500			薬用 AP ホワイト [リフレッシュミン]	102	480							

【複数購入理由(商品番号No.24・31)】 1個であれば購入理由は不要です
該当する理由に☑を入れてください。その他の理由の方は()内にご記入ください。
□ 次の購入までの常備薬とするため □ 家族等複数人で使用するため
その他購入理由 ()

チェック欄に☑を入れてください。
□ 医薬品購入者は15才以上です。
□ 医薬品の使用上の注意などを確認しました。

【使用者の状態等の確認事項】※医薬品・健康食品をお申込みの方は差し支えない範囲でお知らせください。

- ① 初めて使用する医薬品がある場合は、商品番号を記入してください。
(No.)
- ② 薬によるアレルギー症状やぜんそく等の副作用を起こしたことがある場合は、副作用歴(医薬品・症状)を記入してください。
()
- ③ 医師の治療を受けている場合は、疾患名を記入してください。
疾患名 ()
- ④ 現在継続して使用している医薬品がある場合は、医薬品名を記入してください。
医薬品名 ()
- ⑤ 健康に良いと思って毎日摂っているものがある場合は、その商品名を記入してください。
「健康食品など」の商品名 ()
- ⑥ 妊娠中または妊娠しているかもしれない。 はい □ ⑦ 授乳中である。 はい □

セルフメディケーション税制対象品を購入された方で、領収書を希望される方は下欄にレ点を付けていただき、送付先をご記入ください。レ点の無い方は領収書不要と判断させていただきますので、ご了承ください。

(岩手県学校生活協同組合)

領収書を希望する		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TEL: - -	
どちらか必ず ○印をつけて ください。		学校	市・郡		
		自宅	※学校届けの場合も必ず学校名と学校住所をご記入ください。		
支払方法	1回払	分割 払	学校コード	組合員コード	
			学校名	氏名	様

↑※学校名(必ずご記入ください。)

↑※注文者氏名(必ずご記入ください。)