

※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な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。

申込締切日 **2023年9月22日(金)**

申込書

2023年2学期

大阪市生野区異南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
命の母 A	1		2,450		新ビオフェルミンS錠	52		910		賢者の食卓	103		1,680	
命の母 ホワイト	2		2,260		ヤクルト B L 整腸薬	53		1,600		※ カロリミット (40回分)	104		1,800	
ウルノHPクリーム	3		900		スマイル40 EXゴールド	54		630		※ 内脂サボート	105		3,300	
★ パファリンルナ i	4		580		★ 爽 A L 目薬	55		360		※ 歩好アシス	106		2,000	
★ パファリンプレミアムDX	5		980		★ アイビット F X	56		400		※ 金のしじみウコン肝臓エキス	107		980	
★ イブクイック頭痛薬DX	6		960		★ ペパール 抗菌	57		440		※ スーパーブルーベリー粒	108		1,300	
★ エルベインコーワ	7		830		アイビット E40	58		420		※ ヒアルロン酸&コラーゲン粒	109		1,650	
★ ハイチオールCプラス2	8		3,080		ティアリッチ目薬	59		340		※ ビタミン C120	110		510	
ハイチオールホワイトプレミアム	9		3,350		★ ロキテクトローション	60		550		アセ	111		1,020	
クリニボ マイクロニードルパッチ	10		2,750		★ ロキテクトゲル	61		550		グリーンデンタルFセット	112		1,020	
ケシミンクリーム	11		1,350		★ パテックス液 I D	62		650		グリーンデンタル F	113		560	
★ パブロン S α錠	12		900		★ ロキブフェンテープ	63		750		シルクスターホワイトEX	114		560	
★ ベンザエース A錠	13		660		★ サロンシップインドメタシンEX	64		800		ガムデンタルペースト	115		300	
★ プレコールかぜ薬錠	14		650		★ パスタイムプラス	65		600		薬用APホワイト[リフレッシュミン]	116		490	
★ コンタック総合感冒薬EX	15		660		★ 新フジパツ温感	66		340		当 帰 の 力	117		欠 中	
★ 新プレコールS顆粒	16		560		★ アンメルツヨココ	67		390		Or a2プレミアムスティンクリアベア	118		300	
※ オーエスワンゼリー	17		200		ビップエレキバン130	68		800		システムEXハミガキ メディカルクール	119		380	
★ シオノギ葛根湯エキス顆粒	18		560		プリザエース軟膏	69		880		NON I Oプラス知覚過敏ケアハミガキ	120		430	
★ カコナル葛根湯顆粒F	19		760		★ リンデロンV sクリーム	70		990		なた 豆 歯 磨 き 粉	121		750	
★ 葛根湯エキス錠クラシエ	20		770		オロナインH軟膏	71		340		ガムナイトケアリス(ナイトハーブ)	122		630	
★ 葛根湯内服液「カクロン」	21		440		★ ペアアクネクリームW	72		750		薬用リステリン トータルケアゼロプラス	123		760	
★ プレコールせき止め錠A	22		900		キップパイロール-Hi	73		360		音波式電動歯ブラシ	124		2,350	
★ 浅田 飴 クール S	23		310		ニューウレアクリーム20%	74		450		デンタルケア歯ブラシ	125		120	
うがい薬コロロSP	24		340		マキロン S	75		300		デンタルブラシ(専用キャップ付)	126		380	
イソジンうがい薬	25		330		メンソレータム軟膏	76		260		プラクリン歯ブラシ	127		620	
新ルルエースのどスプレーa	26		610		バンドエイド キズパワーパッド L	77		660		ガムデンタルハブラシセット	128		1,100	
ノドストレート ミント	27		530		バンドエイド キズパワーパッド M	78		590		フレッシュハブラシ 超極細毛	129		1,480	
新ルルエーストローチs	28		330		バンドエイドウォータープロック	79		400		デンタルプロハブラシ コンパクト	130		1,400	
健康 G トローチ	29		320		バンドエイド	80		390		フレッシュフロスピック	131		200	
★ プレコール鼻炎カプセルA	30		410		マキロン防水救急絆	81		330		JHP T 型舌ブラシ	132		160	
★ アレ ル ビ	31		1,020		ケアリーヴ CLT22M	82		270		サージカルマスク Y S	133		500	
★ フェキソフェナジン錠[S T]a	32		650		キズリパテーブ	83		360		おでかけ除菌ウェットティッシュ	134		320	
★ アレ ジ オ ン 20	33		1,650		消毒もできる液体ばんそうこう	84		400		ミセスロイド引き出し用 1年防虫	135		700	
★ トキワアレブロック	34		1,000		★ マキロンかゆみどめ液A	85		480		ノンメル冷蔵庫用置き型 1年防臭	136		280	
★ ボジナル E P錠	35		1,500		★ マキロンかゆみどめパッチ	86		270		ノンメル くつ用スプレー	137		710	
★ ストナリニ・サット	36		610		★ ム ヒ S	87		200		キレイキレイ薬用泡ハンドソープ	138		580	
★ 小青竜湯エキス顆粒A	37		800		★ 虫よけスプレー	88		500		黒 綿 棒	139		200	
★ 爽 A L 点鼻薬 a	38		510		★ メディータム水虫プラスHT7クリーム	89		900		冷えピタ(大人用)	140		430	
★ パファリン A	39		360		★ 新ビホナエース液	90		800		貼るホッカイロ ミニ	141		300	
★ 新セデス錠	40		310		★ トラフルダイレクタ	91		1,300		シチズン電子体温計	142		1,750	
★ ノーシンピュア	41		350		サトウ口内軟膏	92		410		上腕式デジタル血圧計	143		3,650	
★ イブ A錠	42		550		※ ナイミン 眠る力 快眠サポートサプリ	93		1,700						
★ アネロン「ニスキャップ」	43		970		効 能 風 呂 ゆ ず	94		880						
★ 新キャベジンコーワS	44		760		くっすりおやすみテープ	95		300						
★ スクラート胃腸薬(顆粒)	45		690		休 足 時 間	96		400						
★ 第一三共胃腸薬細粒s	46		430		★ [クラシエ] 漢方防風通聖散料エキスEX錠	97		1,920						
★ 太田胃散く分包>	47		400		ヨクイニンタブレット	98		1,410						
★ 大正漢方胃腸薬	48		860		ノイビトエースEX	99		1,050						
★ 正 露 丸	49		330		アリナミンEXプラス	100		3,870						
★ ストッパ 下痢止めEX	50		510		キューピーコーワゴールドαプレミアム	101		2,200						
★ クラシエ和漢胃腸薬G	51		460		リポビタミン D X	102		4,500						
											①購入金額計		円	
											②個人宅の場合 購入額4,000円未満 送料500円		円	
											総合計金額①+②		円	

【商品番号No.12~16の中で2個以上、No.22・30それぞれで2個以上申込みの場合は必ず該当する理由に☑を入れてください(両方チェック可)】

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

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"/>		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 回払	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。)