

家庭常備薬等の斡旋について

皆様におかれましては、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃は小笠掛川勤労者福祉サービスセンターの事業運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、小笠掛川勤労者福祉サービスセンターでは会員の皆さまの健康管理を考え、福利厚生の一環として家庭常備薬の斡旋を下記のとおり実施することにいたしました。

つきましては下記要領をお読みいただき、お申込ください。

尚、申込書は恐れ入りますが人数分コピーして御対応いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 幹旋対象者 全会員

2. 申込書の配布 お手数ですが申込書は人数分コピーして配布いただくか、「OK!ワークホームページ」からダウンロードいただくようご案内願います。

3. 申込方法 申込書を小笠掛川勤労者福祉サービスセンターに送付願います。
(FAXまたは、郵送)

4. 申込締切日 2025年7月25日(金)
小笠掛川勤労者福祉サービスセンター 必着

5. 送付先 ① F A X 0537-35-0300
② 〒439-0031 静岡県菊川市加茂2156 商工会1階
一般財団法人 小笠掛川勤労者福祉サービスセンター 宛て

6. 現品配布 2025年8月下旬頃 業者から配送予定

7. 支払方法 納品時に、業者より振込用紙と納品明細書が送付されますので、事業所で取りまとめの上、直接下記取扱業者へお振込みください。

8. 取扱業者 〒535-0002 大阪府大阪市旭区大宮4丁目19番11号
 (お問い合わせ先) 株式会社諒和 小笠掛川勤労者福祉サービスセンター 係
 担当: 沼田 担当TEL 070-6553-1064

※商品の過不足・不良品などのお問い合わせは上記の取扱業者へ直接連絡してください。

●送料 お買上げ金額5,000円以上は無料、未滿は700円ご負担願います。
(尚、複数枚の合計金額が5,000円以上は無料です。)

※運送業の「2024年問題」及び包材類の値上げにより、送料の縛りを入れさせていただきました。ご了承ください。

家庭常備薬等の斡旋について

この度、当サービスセンターでは会員の皆様の疾病予防対策の一環として、家庭常備薬等の斡旋を致しますので、この機会にご利用ください。

1. 申 込 方 法 下記一覧表の希望商品欄に個数、金額を記入してください。
 なお、個人ごとに袋詰め致しますので、お一人1枚ご記入の上、事業所で取りまとめて
 下記申込先までFAX、郵送にてお申込ください。

2. 申 込 先

① F A X : 0537-35-0300
② 郵 送 : 〒439-0031 静岡県菊川市加茂2156番地 (商工会1階) (一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター 宛て

3. 申 込 締 切 日 2025年7月25日(金) ※締切後の変更はできませんので、ご注意ください。

4. 納品方法 2025年8月下旬頃に、各事業所宛業者より直接送付致します。

5 代金支払方法 現品到着後、事業所ごとにお取りまとめの上、同封の振込用紙（手数料は業者負担）にてご送金ください。

送料……お買上げ金額5,000円以上は無料、未滿は700円ご負担願います。尚、職場宛て複数枚の合計金額が5,000円以上の場合は無料です。

上の付いた医薬品をお申込みの方へ（薬機法施行規則第 147 条の 3）

注の付いた医薬品は適用等のおそれのある成分を含んでいます。薬機法の規定により下記に該当する方のみお申込みいただけます。
※「特」は、記載されていますが、まれにアレルギー反応を起こす可能性があります。●適正な使用を目的としている ●18歳以上である
●こころ通ぬくには、他の薬局等と同様の医薬品を大量・頻回購入しにくい ●お支払い方法は現金・クレジットカード・銀行振込・コンビニエンスストア決済などがあります
※適用等のおそれのある成分：エタドリン ・ロキソニン ・ジブプロフェン ・プロメチルクロール ・フロリダエタドリン ・メチルエタドリン

【医薬品をお申込みになる前の注意事項】を必ずお読みになり、内容に同意された方のみのお申込みとなります。

注 印の No.1～6 の医薬品を複数ご購入ご希望の方は、下記「複数購入理由欄」へ必ずチェックをお願いします。（複数回答可可能）

注 印の部品は、薬機法により「適用の恐れのある成分を含む医薬品」に該当するため、ご購入は原則別管毎に①人様（1袋装単位（No.1～5の中からは商品のみ1個まで）となっております。複数ご購入される方は購入理由を下記の「複数購入理由欄」よりお選びのうえ□にチェック願います。お答えのない方は複数購入の受付をいたしかねます。（但し、複数回答可）

(複数購入理由欄) (お知らせいただいた内容により、後日専門家が連絡を差し上げる場合がございます)

☐ 次の購入までの常備薬とするため ☐ 家族複数人で使用するため

☐ その他：記載願います

その他に関しては、理由内容により販売できない場合がございます。

▼▼▼盗用等の恐れのある成分を含む医薬品▼▼▼

種別	分類	品名	容量	希望小売価格(税別)	銘価価格(税別)	No.	個数	金額
かぜ	②	★注 プレコールかぜ錠	60錠	2,200	890	1		
	②	★注 新プレコールS顆粒	24包	3,080	750	2		
	②	★注 ハバロン錠	135錠	2,200	1,990	3		
	②	★注 エスタック総合感冒	100錠	オープン	1,380	4		
	②	★注 ハバロンS錠H/W錠	30錠	1,694	1,580	5		
鼻	②	★注 プレコール鼻炎カプセルA	120p	1,540	630	6		
かぜ	②	★ハバロンPL錠Pro	24錠	1,958	1,890	7		
	②	★バイエルンS	50錠	1,672	800	8		
	②	★ニタンダ葛根湯エキスパッケージ	30包	4,950	2,490	9		
	②	★東洋の麻黄湯エキスパッケージ	12包	1,760	1,290	10		
	②	★新セデス錠 特別価格	10錠	770	190	11		
解熱鎮痛	②	★パファリンA 特別価格	16錠	495	290	12		
	②	★パファリンプレミアムDX	40錠	1,958	1,900	13		
	②	★イブクイック頭痛薬	40錠	オープン	1,790	14		
	②	★ノーシンピュア	20錠	オープン	470	15		
	②	★ナロンm	24錠	858	490	16		
鼻炎	②	★爽A L点鼻薬a	16ml	1,408	500	17		
	②	★ボジナルEP錠	20錠	2,200	1,450	18		
	②	★アズミン鼻炎錠	20錠	オープン	990	19		
	②	★ハバロンせき止めトリプル錠	16錠	1,408	1,380	20		
	②	★口内炎パッチ大正クイクケア	10枚	1,584	1,180	21		
苦み	②	★ディアボビー（のどスプレー）	30ml	オープン	690	22		
	②	インジンうがい薬	50ml	737	710	23		
	②	★新ルリエストローーチs	12錠	748	420	24		
	②	★太田胃散く分包	16包	649	540	25		
	②	★新キャベジンコーワS	110錠	オープン	750	26		
胃痛、下痢止め	②	★サクロンG	18包	1,430	900	27		
	②	★大正漢方胃腸薬	12包	1,174	1,100	28		
	②	★第一三共胃腸薬錠剤s	50錠	770	450	29		
	②	★正露丸	50粒	660	590	30		
	②	★本草正露丸糖衣	32錠	880	620	31		
目薬	②	★ストップパッド止めEX	20粒	638	610	32		
	②	★新ビオフェルミンS錠	350錠	2,602	2,590	33		
	②	★新オイラックスHクリーム	10g	880	430	34		
	②	★オロナインH軟膏	20g	550	420	35		
	②	★キンカン	55ml	オープン	990	36		
ヒブ用	②	★ムヒS	20g	660	570	37		
	②	★マキロンかゆみどめパッチ	24枚	506	450	38		
	②	★ニューウレアクリーム20%（原素配合）	45g	1,320	1,110	39		
	②	★ユースキン	80g	1,177	890	40		
	②	★キズニコ	75ml	715	450	41		
外用鎮痛	②	★キンカン虫よけスプレーS	200ml	オープン	830	42		
	②	★ロキテクトロシジョン	25g	1,540	840	43		
	②	★リアペンD0.5%	30枚	2,970	990	44		
	②	★バスタイムプラス	30枚	1,320	740	45		
	②	★バテックスラズびたシップ	10枚	1,188	750	46		
水虫	②	★アメルツゴコヨコ	48ml	770	430	47		
	②	★ダマリングラウンドX液	15g	2,200	1,930	48		
	②	★ディータム水虫プラスHTクリーム	30g	2,178	1,050	49		
	②	★爽AL目薬	16ml	2,178	620	50		
	②	★ヘパール抗菌	15ml	1,210	550	51		
目薬	②	★アイビットFX	12ml	1,210	420	52		
	②	★スマイル40プレミアムDX	15ml	1,650	1,610	53		
	②	★アイビットE40	15ml	1,210	420	54		
	②	★OAリッチ目薬	16ml	1,188	450	55		
	②	★ティアリッチ目薬	15ml	660	420	56		
目薬	②	★センバツトラベル1	6錠	880	690	57		

- 分類について ②は指定第2類医薬品、2は第2類医薬品、3は第3類医薬品です。
- 特許品とは 疾病予防の一環として、健康保険組合・共済組合等団体の職域に対価販売されている商品です。
- 品名欄の★印はセルフメディケーション税制対象医薬品、※印は軽減税率対象商品です。
- 今回取得した個人情報等は、出荷前に発注情報として提供するのみに使用致しません。
- 同一医薬品の大量お申込みは、事故等の防止の為、個数を制限させていただきます。
- 計算いただいた合計金額に誤りがあった場合は「数量」を優先いたします。
- 商品が欠品した際、キャンセルさせていただきますことありますのであらかじめご了承願います。

【医薬品をお申込みになる前の注意事項】です。必ずお読みください。									
● ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㜀 㜁 㜂 㜃 㜄 㜅 㜆 㜇 㜈 㜉 㜊 㜋 㜌 㜍 㜎 㜏 㜐 㜑 㜒 㜓 㜔 㜕 㜖 㜗 㜘 㜙 㜚 㜛 㜜 㜝 㜞 㜟 㜠 㜡 㜢 㜣 㜤 㜥 㜦 㜧 㜨 㜩 㜪 㜫 㜬 㜭 㜮 㜯 㜰 㜱 㜲 㜳 㜴 㜵 㜶 㜷 㜸 㜹 㜺 㜻 㜼 㜽 㜾 㜿 㝀 㝁 㝂 㝃 㝄 㝅 㝆 㝇 㝈 㝉 㝊 㝋 㝌 㝍 㝎 㝏 㝐 㝑 㝒 㝓 㝔 㝕 㝖 㝗 㝘 㝙 㝚 㝛 㝜 㝝 㝞 㝟 㝠 㝡 㝢 㝣 㝤 㝥 㝦 㝧 㝨 㝩 㝪 㝫 㝬 㝭 㝮 㝯 㝰 㝱 㝲 㝳 㝴 㝵 㝶 㝷 㝸 㝹 㝺 㝻 㝼 㝽 㝾 㝿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄									

※5,000円未満は送料700円ご負担願います	○印を付けて下さい	
合 計 金 額	無料・700円	円

事業所名				事業所番号					
事業所住所	〒			事業所TEL					
担当者名			フリガナ 申込者名						