被保険者・被扶養者の皆さま

大日本印刷健康保険組合

**「お薬電話相談（おくすり通信簿）」実施時の**

**お電話番号について**

平素より大日本印刷健康保険組合の事業にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

先般、お手紙にてご案内いたしました掲題の件、健康支援事業として**“お電話によるお薬相談”**を実施いたします。先ずはお電話にてお話させていただきたいのですが、当組合では加入者の皆さまのお電話番号を登録していないため、大変お手数をおかけしますが、下記回答欄に、保険証の記号・番号、お名前、つながりやすいお電話番号を記載いただき、ご返送をお願いいたします。

**下記欄を記入いただき、同封されています返送用封筒にてご返送をお願いします。**

**※こちらのお手紙をそのままご返送いただいて結構です（切り取りなど不要です）。**

**【ご回答をお願いします】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保険証の****記号** | **保険証の****番号** | **お名前（フルネーム）** | **お電話番号****（つながりやすい番号）** |
|  |  |  |  |

【注記】

ご連絡いただきましたお電話番号は、「お電話によるお薬相談」にのみ使用いたします。

この事業は、大日本印刷健康保険組合より、㈱メディアラートに委託しております。

以　上