

インフルエンザ予防接種申込書(健保会館内接種専用)

* 該当箇所には○をつけてください。

事業所記号	事業所名称
連絡先電話番号	担当者名

被保険者番号		資格区分		申込者氏名					接種時年齢	
		被保険者 / 被扶養者 その他 (パート・アルバイト等)		フリガナ					歳	
接種 希望 日時	令和5年11月22日(水)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
	令和5年12月7日(木)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
被保険者番号		資格区分		申込者氏名					接種時年齢	
		被保険者 / 被扶養者 その他 (パート・アルバイト等)		フリガナ					歳	
接種 希望 日時	令和5年11月22日(水)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
	令和5年12月7日(木)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
被保険者番号		資格区分		申込者氏名					接種時年齢	
		被保険者 / 被扶養者 その他 (パート・アルバイト等)		フリガナ					歳	
接種 希望 日時	令和5年11月22日(水)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
	令和5年12月7日(木)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
被保険者番号		資格区分		申込者氏名					接種時年齢	
		被保険者 / 被扶養者 その他 (パート・アルバイト等)		フリガナ					歳	
接種 希望 日時	令和5年11月22日(水)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		
	令和5年12月7日(木)	13:00～ 13:30	13:30～ 14:00	14:00～ 14:30	14:30～ 15:00	15:00～ 15:30	15:30～ 16:00	いずれの時 間でもよい		

◎申込先
 郵送: 〒130-0005 東京都墨田区東駒形1-16-1
 FAX: 03-3624-7407(表裏確認の上送信してください。)

上記の方法が困難な場合は、「会館内インフルエンザ申込」とお電話いただきお申込書の内容をお伝えください。
 電話03-3624-7423