

# インフルエンザ予防接種申込書(健保会館内接種専用)

\*は該当項目を○で囲んでください。

申 込 者 1	保険証の 記号				保険証の 番号				
	氏名	フリガナ			資格区分 *	被保険者/被扶養者/ その他 (パート・アルバイト等)	性別*	男性 女性	
	接種時 年齢	歳	日中の 連絡先			メール アドレス			
	住所	〒 -							
	接種希望 日 * (複数選択可)	1: 令和6年11月6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
	2: 令和6年11月21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 者 2	保険証の 記号				保険証の 番号				
	氏名	フリガナ			資格区分 *	被保険者/被扶養者/ その他 (パート・アルバイト等)	性別*	男性 女性	
	接種時 年齢	歳	日中の 連絡先			メール アドレス			
	住所	〒 -							
	接種希望 日 * (複数選択可)	1: 令和6年11月6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
	2: 令和6年11月21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

パッケージ工業健康保険組合  
FAX送信方向▼