

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○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 / メールアドレス	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
	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
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
	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
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
	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
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
	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