

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 時 * (複数選択可)	令和7年11月19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7年12月4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 時 * (複数選択可)	令和7年11月19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7年12月4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▼