

組合指定医療機関幸楽メディカルクリニック インフルエンザワクチン接種利用申込書(任継用)

- 申込方法 右記のインフルエンザワクチン接種利用申込者名簿に接種利用日(第1希望・第2希望)、保険証番号、氏名、性別、生年月日、年齢(接種時)などを記入し、令和3年7月31日(期日厳守)までに健康管理課に郵送またはFAXでお申込みください。
- 利用場所 組合指定医療機関幸楽メディカルクリニック
及び利用日 (新宿区新宿1-8-11 03-3355-0308)
月・火・木曜日の午後1時～午後5時
水・金曜日の午前9時～午前11時30分・午後1時～午後5時
(第1月曜・第3木曜及び祝祭日は休診)
利用日は、令和3年度接種利用日予定表
②組合指定医療機関幸楽メディカルクリニック参照
- 接種資格 接種時に65歳未満の被保険者
- 利用料金 1,000円(税込)
接種券と一緒に振込用紙(コンビニエンスストア専用)を送付いたしますので
事前にお振込みください。
- 注意事項
 - ・ 申込み期日以後の申込みはお受けできません。
 - ・ 日程が決まり次第、利用日を記載したインフルエンザワクチン接種券にてご連絡いたします(希望日以外となる場合がございますのでご了承ください)。
 - ・ 利用当日は接種券と保険証をご持参ください。
 - ・ 利用当日の医師の判断により接種できない場合がございます。
 - ・ 妊娠中または妊娠している可能性のある方はインフルエンザワクチン接種を受けられませんので、かかりつけの医療機関等で受診してください。

健保組合が行う健診業務の個人情報の利用目的について、個人情報保護法を遵守します。
また、利用目的達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱いません。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 ㊟

電 話 番 号

インフルエンザワクチン接種利用申込者名簿

※ 接種時の年齢をご記入ください

※ 接種利用日は第2希望までご記入ください

(幸楽メディカルクリニック)

接種利用日		保険証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日	年 齢
第1希望	第2希望					
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	
				男・女	昭・平 年 月 日	

【問い合わせ先】東京都食品健康保険組合
健康管理課

〒110-8611
台東区東上野2-25-8
TEL 03-3833-5192
FAX 03-5688-5080