上野健康管理センター
インフルエンザワクチン接種利用申込書(事業所用)

● 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）と下記事業所名などを記入し、**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。 ※事業所単位でお申込みください。

● 利用場所及び利用日　上野健康管理センター（台東区東上野2-25-8　03-3833-5167）
月～金曜日の午後1時～午後3時（第2・第4月曜及び祝祭日は休診）
利用日は、別紙令和3年度接種利用日予定表
①上野健康管理センター参照

● 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）
利用後、一括して事業所宛に請求します。

● 注意事項

・ 申込み期日以後の申込みは受付できません。
・ 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連絡します（希望日以外となる場合もありますがご了承願います）。
・ 利用当日は接種券と保険証をお持ちください。
・ 利用当日医師の判断により接種できない場合があります。
・ 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接種してください。
・ インフルエンザワクチン確保の都合上、事業所毎に人数制限していますが、申込み総数が確保したワクチン数に達しない場合に追加で接種できることがありますので制限人数を超えて申込みされた場合にも申込者名簿の順番に利用日を確定し、インフルエンザワクチン接種券にて連絡します。

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

事業所所在地 .....

事業所名 .....

事業主名 .....

事務担当者 .....

電話番号 .....

＜事業所記号：　　＞

インフルエンザワクチン接種利用申込者名簿

※ 接種時の年齢を記入してください。
※ 接種利用日は第2希望まで記入してください。　　（上野）

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	

申込者が多数の場合には、申込者名簿をコピーして使用してください。

【申込先】　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