

令和6年度

インフルエンザ予防接種申込書 【対象：被保険者・事業主】



医療機関No	◎事業所名
	◎所在地 〒
医療機関名	◎TEL
	◎FAX
	◎連絡者名

申込締切日  
令和6年7月16日（火）  
必着

次のとおり申し込みます。

保険証		氏名	生年月日	性別	備考
記号	番号				
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		
		(フリガナ)	昭和 平成		

！ご注意！ 必ずお読みください。

- ◎ 申込後の医療機関の変更はできません。  
また、キャンセルの場合は組合・医療機関の双方に必ずご連絡ください。
- ◎ 本人負担額は1,000円（税別）です。接種当日に医療機関の窓口でお支払いください。
- ◎ 資格喪失後や組合へ申込みをせずに接種した場合は、全額自己負担となります。
- ◎ 必ず実施期間内（10月～12月）に接種してください。
- ◎ 組合の保険証をお持ちでない事業主の方は、保険証の「記号」欄に「事業所記号（数字）」を、「番号」欄には「事業主」と記入してください。

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。  
①健診委託機関へ申込者情報を提供します。  
②健診委託機関から健診データを受領し、当組合で管理します。

〈申込書郵送先〉

〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03-3232-5541 〈FAX不可〉