

インフルエンザ予防接種申込書（任意継続・特例退職）

氏名	保険証記号	保険証番号
住所		電話番号

（該当する欄のみ記入してください）

1. 補助金申請書の送付を希望する。 () 名予定
 補助金申請書は当健保ホームページ<http://www.phia.or.jp/>からダウンロードできます。
 ダウンロードされた場合は申込書の提出は必要ございません。

2. 大阪府医師会保健医療センターでの接種を希望する。

・実施日 平成23年11月1日(火)～12月6日(火)までの各週火曜日

・受付時間 13:30～ (時間指定はできません)

・接種希望者 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____
 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____

・接種希望 (月 日)

3. 結核予防会大阪府支部大阪総合健診センターでの接種を希望する。

・実施日 平成23年11月より実施予定

・受付時間 月曜日から金曜日の平日、12時45分～15時30分
 (時間指定はできません)

・接種希望者 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____
 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____

・接種希望日 (月 日)

4. 飯島クリニックでの接種を希望する。

・実施日 平成23年10月24日(月)より実施

・受付時間 月曜日から木曜日の平日、9時～11時・13時～15時30分
 金曜日の平日9時～11時 (時間指定はできません)

・接種希望者 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____
 氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____

・接種希望日 (月 日)

5. 東振協 契約医療機関で接種する。

・医療機関一覧・利用券の送付を希望する。 () 名
 (※インターネットから印刷される場合は、この申込用紙は必要ございません。)

申込先 出版健康保険組合大阪支部
 住所 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4MF 天満橋ビル9階
 FAX 06-6944-4309