

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. 委託機関での接種を希望する。締切日令和2年10月9日金曜日（申込みが10/9に間に合わない場合は一度出版健保大阪支部までご連絡ください）

- ・委託機関名 ()
- ・接種希望者

氏名	生年月日	続柄	希望日
氏名	生年月日	続柄	希望日
氏名	生年月日	続柄	希望日
氏名	生年月日	続柄	希望日

3. 東振協 契約医療機関で接種する。 <http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>

- ・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利用券を印刷される場合は、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 1-7-4
MF 天満橋ビル 9 階

F A X 06-6944-4309

T E L 06-6944-4300