

インフルエンザ予防接種 申込者名簿



区分表 (対象者を1～4の区分に分類しています)

区分	東淀川健康保険組合管掌健康保険	
1	加入	被保険者(本人)
2		被扶養者(家族・満13歳以上)
3	未加入	社員(パート・アルバイト含む)
4		家族(満13歳以上)

※ 必ず『インフルエンザ予防接種申込書』と併せてお送りください。

FAX : (06) 6386-3992

事業所番号

事業所名

区分 (上記区分表をご参照ください)	保険証の番号 (区分1または2の方)	氏名	フリガナ	性別	生年月日 (西暦)	年齢	備考欄
記入例 ①・2・3・4	13	東淀川 太郎	ヒガシノダガワ タロウ	男・女	1973年 7月 25日	50	
1 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
2 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
3 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
4 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
5 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
6 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
7 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
8 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
9 1・2・3・4				男・女	年 月 日		
10 1・2・3・4				男・女	年 月 日		

※お申込み人数が10名様を超える場合は、お手数でもこの用紙をコピーしてご使用ください。