

No. _____

常務理事	事務長	課長	係長	係

インフルエンザ予防接種「接種補助券」申込書
 (愛知県医師会の対応医療機関による予防接種)

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名

印

健保証記号	健保証番号	申込者名	性別	続柄	申込者数						
					被保険者		被扶養者		計		
					男	女	男	女	男	女	計
名	名	名	名	名	名	名					
					発行区分	備考					
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						
			男・女	本人・家族	追加申請 ・ 再発行						

※1. この申込書は愛知県医師会の対応医療機関でインフルエンザ予防接種を希望される場合に限りです。

<http://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>