流行前の
予防が大切！

中建国保 東京都支部
東建従出張所の皆様へ

インフルエンザワクチン
予防接種 を受けましょう

中建国保加入で
20 歳以上
75 歳未満の方

中建国保の補助金（2,000 円）利用で

本人負担 2,000 円（税込み）

＊今回の集団予防接種には、市区町村の予防接種に関する補助金は受けられません

◆ 東建従　本部会館

住所：江戸川区東葛西 7-6-4

12 月 4 日（日）　／ 12 月 11 日（日）

※ 接種を希望される方は、この用紙裏面のお申込書にてお申込みください ⇒裏面ご参照

・申込書を FAX 送信する際、表裏お間違いのないようご注意ください
・先着順に時間割を確定させて頂きます。また、希望日の約 1 週間前までにお時間等のご案内を郵送致します

お問い合わせ
一般財団法人
全日本労働福祉協会
☎ 03-5767-6161
月～金　9：00～17：00

Fax にてお申し込みください　（Fax 送信時、表裏お間違いの無いようご注意下さい！）

03- 5767- 6153

〈お申込み締め切り〉

12 月 4 日➡11 月 30 日 (水)迄　／　12 月 11 日➡12 月 7 日 (金)迄

令和４年度 インフルエンザ予防接種（集団接種）申込書

保険証記号番号 ：90 －　　－

案内送付先住所 ： 〒　　－

電話番号 ：　　（　　）

*日中連絡の取れる番号を必ず記入願います

希望者		*必須 希望日程（○をしてください）		備考
*必須 お名前	*必須 年齢 (20 歳以上)	東建従　本部会館		
		12/4 (日)	12/11 (日)	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名				
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名				
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名				
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名				
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名				

◎　ご本人負担額 2,000 円は、接種当日に会場受付にてお支払い下さい

◎　接種当日、発熱･体調不良･疾患などにより、医師の判断で接種を行えない場合があります

◎　接種対象は、**中建国保に加入中で 20 歳以上**(2023 年 3 月 31 日時点)**75 歳未満**(接種日当日)**の組合員ご本人とご家族の方**とさせて頂きます　（当日に資格を喪失している場合は、接種できません）

◎　接種後は経過観察のため、会場で 15 分程度待機していただきます

<申込書を郵送される場合は下記住所まで>

〒143-0016　東京都大田区大森北 1-18-18-5F

一般財団法人 全日本労働福祉協会　健康事業部

キャンセルされる場合は
必ず事前にご連絡をお願いします

☎ 03-5767-6161

（月～金 9：00～17：00）