

令和7年度インフルエンザ予防接種申請一覧表

令和 年 月 日

公益財団法人 上尾市勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

事業所名		事業所番号							
加入している保険組合名		接種医療機関名							
NO	会員番号		会員氏名		接種日		接種料金		
1					令和	年	月	日	円
2					令和	年	月	日	円
3					令和	年	月	日	円
4					令和	年	月	日	円
5					令和	年	月	日	円
6					令和	年	月	日	円
7					令和	年	月	日	円
8					令和	年	月	日	円
9					令和	年	月	日	円
10					令和	年	月	日	円
合 計									円

インフルエンザ予防接種の医療機関証明書欄

上記のとおり接種したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関

印

名 称

医療機関へのお願い

日頃より、センターの運営にご協力いただきありがとうございます。

当センターでは、健康管理事業の一環としてインフルエンザ予防接種をうけた会員本人に対し、接種費用の一部を補助しております。

つきましては、お手数かけますが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

【注意事項】 必ずお読みください

※「インフルエンザ予防接種補助申請書(一括)」とあわせてご申請ください。

※接種医療機関が異なる場合は、医療機関ごとに証明書をお願いいたします。

※接種期間及び申請期間等の詳細は当該年度の会報誌でご案内したとおりです。

※受付は先着順で定員になり次第締め切ります。応募状況は当センターホームページや電話にてご確認のうえ、申請ください。

事 務 局 公益財団法人上尾市勤労者福祉サービスセンター

〒362-0011 上尾市大字平塚 951-2(イコス上尾 3 階)

TEL048-771-5700 業務時間:午前 9 時 00 分～午後 5 時 15 分

休業日:日曜、月曜、祝日、イコス上尾休館日

サービスセンター事務局記載欄

事務局長	事務局次長	係長	担当

受付者	入力

受 付 印