

インフルエンザ予防接種受診票

※太枠内をご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |           |     |      |           |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|------|-----------|---|---|---|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |           | 男・女 | 生年月日 | T・S・H     | 年 | 月 | 日 |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |           |     |      |           |   |   |   |
| 健保名                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |           |     | 会社名  |           |   |   |   |
| 保険証<br>記号                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  | 保険証<br>番号 |     |      | ご本人 ・ ご家族 |   |   |   |
| 領収証宛名                                                                                                                                                                                                                                 | ※領収証宛名を個人名以外(会社名など)でご希望の場合、下記にご記入ください。                                                           |           |     |      |           |   |   |   |
| 当日<br>お支払あり                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 全額自己負担(      円) <input type="checkbox"/> 自己負担(      円)/健保・会社負担(      円) |           |     |      |           |   |   |   |
| 当日<br>お支払なし                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 全額健保・会社負担(      円) <input type="checkbox"/> 会社負担(      円)/健保負担(      円) |           |     |      |           |   |   |   |
| <p>【注意事項】</p> <p>■ご受診当日は以下の書類をご記入のうえ、必ずお持ちください。</p> <p>①インフルエンザ予防接種予診票</p> <p>②インフルエンザ予防接種受診票(本紙)</p> <p>■ご受診前に「インフルエンザワクチンの接種について」をよくお読みください。</p> <p>■健康保険組合発行の利用券がある場合、本受診票とあわせて窓口にご提出ください。</p> <p>※利用券をお忘れの場合、全額窓口でお支払いいただきます。</p> |                                                                                                  |           |     |      |           |   |   |   |

新宿三井ビルクリニック

東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル4階・5階

03-3344-3311