

1. 健康管理室でのワクチン接種について

- (1) 接 種 対 象 者 …… 被保険者および16歳以上の被扶養者 (500名 完全予約制)
- (2) 実 施 場 所 …… 〒231-0003 横浜市中区北仲通 4-44
横浜港運健康保険組合 保健センター 4階・大会議室
TEL 045-201-0656
- (3) 接 種 料 金 …… 1名につき 1,000円
- (4) ワクチンの種類 …… 3価ワクチン (A型2種類とB型1種類の計3種類が含まれています)
- (5) 予約申込方法 他

① 予約の受付	令和8年9月18日 (金) から10月9日 (金) まで
② 予約の方法	○ 別紙「インフルエンザ予防接種予約申込書」に接種希望者をご記入の上、 FAX【045-201-6881】にて健康管理室へお申し込みください。 <u>予約受付開始日前の申込は受付いたしませんのでご注意ください。</u> ○ ワクチンは数量に限りがありますので予約先着順とさせていただきます。 ○ ワクチン接種の予約が取れた方へ接種日等の「決定通知及び予診票」を送付します。
③ 接種の受付	○ 保健センター4階・大会議室の受付に予診票を提出し接種。 ○ 料金1,000円をお支払いください。
④ キャンセル	○ 完全予約制のため、ワクチンを事前購入していますので、キャンセルは接種予定日の2日前までに健康管理室にご連絡ください。

(6) 接 種 日 時

接 種 日	午 前	午 後
11月2日 (月)	9時～11時30分	13時～15時30分
11月4日 (水)	9時～11時30分	13時～15時30分
11月5日 (木)	9時～11時30分	13時～15時30分
11月6日 (金)	9時～11時30分	13時～15時30分
11月9日 (月)	9時～11時30分	13時～15時30分

「インフルエンザ予防接種予約申込書」兼決定通知書

健康管理室 FAX 045 - 201 - 6881

※ 接種日は11月2・4・5・6・9日の5日間です

★ 接種希望日は、第1・第2希望まで必ずご記入ください。(11月6日でしたら11/6と記入)
『午前・午後』については○印で記入して下さい。

	保険証 記号・番号	氏 名	接 種 希 望 日 (午前・午後)				備 考
			第 1 希望		第 2 希望		
1		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
2		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
3		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
4		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
5		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
6		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
7		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
8		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
9		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
10		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
11		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
12		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
13		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
14		本人 家族		午前 午後		午前 午後	
15		本人 家族		午前 午後		午前 午後	

令和8年 月 日

上記のとおり予約申込み致します。

事業所名		令和8年10月 日 上記のとおり予約受付を決定しました。 横浜港運健康保険組合 健康管理室
健康管理委員 又は担当者名		