

インフルエンザ予防接種申込書

事業所番号 _____
 事業所名 _____
 事業所住所 _____
 担当者名 _____
 電話番号 _____
 FAX _____
 E-MAIL _____ @ _____

東淀川健康保険組合管掌 健康保険	区分		料金 (消費税込)	申込者の有無	料金のお支払い方法
加入者	1	被保険者(本人)	900円	有・無	会社請求・当日現金払
	2	被扶養者 (家族・満13歳以上*)	900円	有・無	会社請求・当日現金払
未加入者	3	社員 (パート・アルバイト含む)	3,900円	有・無	会社請求・当日現金払
	4	家族(満13歳以上*)	3,900円	有・無	会社請求・当日現金払

*接種日当日の年齢が13歳以上の方が対象となります。

◆上記区分の"1 被保険者(本人)" "2 被扶養者(家族)"は、東淀川健康保険組合様が発行する健康保険証をお持ちの方が対象となります。

接種日当日は、受付にて健康保険証を確認させていただきますので必ずご持参ください。

◆各区分ごとにお申込者が1名でもおられる場合は、"申込者の有無"欄の"有"に○印をつけてください。
おられない場合は、"無"に○印をつけてください。

◆接種料金のお支払い方法につきましては、後日会社様へのご請求、またはご本人様に当日現金にてお支払いいただく2通りの方法がございます。各区分にお申込者がおられる場合は、それぞれ料金のお支払い方法も選択ください。

◆お申込み・料金のお支払い等について、ご要望等がございましたら下記の特記事項欄にご記入ください。

特記事項

お申込先：大阪健康倶楽部小谷診療所
FAX (06)6386-3992