

# ○年度\_法人インフルエンザ予防接種申込書

## 【企業様情報】

|         |             |         |  |                             |              |  |
|---------|-------------|---------|--|-----------------------------|--------------|--|
| フリガナ    | <b>記入見本</b> |         |  | 電話番号                        |              |  |
| 御社名     |             |         |  | ご担当者様                       | 市外局番からご入力下さい |  |
| 郵便番号    |             |         |  |                             |              |  |
| 住所      |             |         |  |                             |              |  |
| 建物名     |             |         |  |                             |              |  |
| メールアドレス |             |         |  | 補助金を利用する場合のみ<br>補助金額をお教え下さい |              |  |
| 加入健保※   | 健保名称        | 健保補助の利用 |  | 補助額                         |              |  |

※協会けんぽ：インフルエンザ接種の補助金はありません

※東振協：補助利用の場合→当院にて補助申請を行います。請求は補助金を引いた金額となります

※その他組合けんぽ：補助利用の場合→補助金申請は御社にてお願いします。請求は補助金を含めた正規金額となります

## 【接種情報】

|        |   |   |  |   |
|--------|---|---|--|---|
| 接種対象者様 | 接種される方についてお教え下さい<br>・従業員様のみ<br>・従業員様とご家族様 |   | ※ご家族様の接種：中学生以上の方のみとなっております   |   |
| 接種人数   | 従業員様                                      | 名 | ご家族様   | 名 |
| お支払方法  |   |   |  |   |
| 領収書    | 領収書の発行（現金でお支払の場合のみ選択）                     |   | お支払い方法について教えてください<br>・月末締にてご請求<br>・全員接種後に一括ご請求<br>・当日（各自が現金支払）<br>・当日（会社様が全員分現金支払） |   |

## 【請求書送付先情報】 ※請求書をご希望の企業様のみご入力下さい

【企業様情報】に入力した場所と異なる住所へ送付する場合は下記にご入力下さい。  
ご入力がない場合は企業様情報にご入力頂いた住所へお送り致します

|      |   |  |
|------|---|--|
| フリガナ | 請求書の送付先が異なる場合は請求書送付先をご入力下さい   |  |
| 御社名  | お申し込みと同じ場合は、不要です  |  |
| 郵便番号 | 関連会社様毎に請求を希望など、複数箇所に送付する場合は下部の連絡欄にご入力下さい  |  |
| 住所   |   |  |
| 建物名  | 接種期間の目安<br>1名～20名前後：1週間～10日間程度    20名～30名前後：10日間～2週間程度<br>30名～40名前後：2週間～20日間程度    40名～50名前後：20日間～3週間程度<br>50名～70名前後：1ヶ月程度<br>※人数がかなり多い場合はご相談下さい |  |

## 【来院接種期間】

|      |     |     |  |
|------|-----|-----|--|
| 来院接種 | 開始日 | 終了日 | ※ご希望人数にもよりますが極力1ヶ月以内に接種完了を目安に<br>スケジュールリングをお願い致します |
|------|-----|-----|--|

## 《連絡欄》事前にご連絡されたいこと等ございましたら、ご記載下さいませ

|  |
|--|
| 請求書を関連会社様毎に送ってほしい<br>健保補助を利用する方、されない方が混在している<br>一部、現金でお支払いの方がいる<br>など事前にご連絡されたい事などございましたら、ご記入下さい |
|--|

## 【クリニック使用欄】

|      |      |      |
|------|------|------|
| 接種人数 | 接種費用 | 接種費用 |
|------|------|------|