

理事長		常務 理事		事務長		係		年 年	月 月	日起案 日決裁
-----	--	----------	--	-----	--	---	--	--------	--------	------------

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(事業所単位での申請にご協力お願いします)

※太ワクのみご記入下さい。

被保険者証 記号番号	予防接種を受けた人 生年月日	接種を受けた日 平成年月日	接種に要した費用 円	請求金額 ※組合で記入		
				年	月	日
1	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
2	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
3	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
4	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
5	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
6	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
7	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
8	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
9	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
10	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
11	昭・平年月日	平成年月日	円	円		
12	昭・平年月日	平成年月日	円	円		

注 1) 領収書 (原本) 1人1枚のフルネーム入り・但し書きには予防接種代と記載されたものを添付して下さい。

※他の補助等で領収書が必要になる場合はご連絡下さい。

注 2) 65歳未満の全被保険者対象。補助限度額 1,000 円 (年度内 1回)

注 3) 申請期間 当年 10月～翌年 2月の間に申請して下さい。