

理事長		常務理事		事務長		係		年	月	日	起案
								年	月	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をお願いします)

	被保険者証 記号番号	予防接種を受けた人	接種を受けた日	接種に要した費用	請求金額 ※組合で記入
		生 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

※太ワクのみご記入下さい。

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。