

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)

※太枠内のみご記入ください。

1	被保険者 記号番号	予防接種を受けた人	接種を受けた日	予防接種代	請求金額
		生 年 月 日			※組合で記入
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
		昭・平・令 年 月 日	令和 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ください。

※他の補助等で領収書が必要になる場合はご連絡ください。

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月の間に申請してください。