

インフルエンザ予防接種補助金申請書

対象者⇒ 被保険者

〈個人負担用〉

令和 年 月 日

下記のとおり、インフルエンザ予防接種補助金を交付願いたく申請します。

No. _____

支払った金額	円	補助金額	※	円
実施年月日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
事業所 記号	保険証 番号	氏 名	保険証 番号	氏 名
接 種 者 氏 名 等				

※補助金額の欄は健保組合使用欄のため記入しないでください。

この請求に基づく補助金の受領を _____ 氏名 _____ に委任します。

【添付書類】 領収書(原本)・・・接種者氏名・インフルエンザ予防接種と記載<必須>
【対象期間】 原則10月～12月
【補助金額】 1,000円上限

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様

健保受付印

事業所名
