

インフルエンザ予防接種補助金申請書

対象者⇒ 被保険者

(事業所負担用)

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. _____

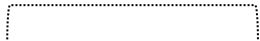
支払った金額	円	補助金額	※	円
実施年月日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
事業所記号	保険証番号	氏名	保険証番号	氏名
接種者 氏名等				
振込口座 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行・信用金庫		支店
	種別	1 普通	2 当座	口座番号 No. _____
	フリガナ			
	口座名義			

※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。

【添付書類】 領収書(写)・・・事業所名と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人につき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