

インフルエンザ予防接種補助金申請書

対象者⇒ 被保険者

【任意継続者用】

令和 年 月 日

健康保険証 記号 - 番号	999 —
------------------	-------

被保険者氏名	
--------	--

支払った金額	円	補助金額	※	円
実施年月日	令和 年 月 日			
振込口座 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀行 支店 信用金庫		
	種別・口座番号	普通	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。

* 希望口座は、必ず被保険者名義でお願いします。

【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

*** 注意事項 ***

接種当日、当健康保険組合の被保険者資格を有していない場合は補助対象外です。

健保受付印

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様