

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	番号	氏名	番号	氏名	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