

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	担 当 者	

## インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

※申請者の方が記入願います。

申 請 者 記 入 欄	被保険者氏名	印	事業所名 所属名	
	保険証記号番号		生年月日	S・H 年 月 日
	実施病院名		実施日	月 日
	インフルエンザ予防接種補助金を健康保険組合規定によりご精算ください。			
	予防接種実施費用			円
	健 保 補 助 金		1,000	円

※領収書原本を裏面に貼付願います。(のり付け)

受診日・受診者氏名・予防接種名・受診医療機関の記載の無いものは無効です。

※補助金につきましては、申請者個人の給与へ振込致します。

【健康保険組合記入欄】

※申請者記入不要

支 払 決 議 書	予防接種費用	円	支払伺	年 月 日
	申請者負担分	円	支 払	年 月 日
	消 費 税	円	備 考	
	支 払 額	円		