

			常務理事	事務長	担 当 者	
支 払 決 議 書	予防接種費用		円			
	申請者負担分		円			
	消 費 税		円	支払伺	年	月 日
	支 払 額		円	支 払	年	月 日
	備 考					

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書(任継者用)

申 請 者	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
記 入 欄	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		
	申請者負担分			円		
(1,000円を超えた分は自己負担となります。)						

下記は任継者のみ記入

振 込 先	金融機関名	銀行				支店
	預金種目	普通・当座	口座番号			
	名義人氏名					

※領収書原本を添付願います。