

大沢健康保険組合 宛

インフルエンザ予防接種補助金申請書
(任意継続被保険者)

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので補助金給付を申請いたします。

記

申請日 令和 年 月 日

申請者 (被保険者)	氏 名		保険証記号	番 号
			2 0	
申請補助金額	合計 円			
接種者	続柄 (本人・妻・子 等)	氏 名	申請金額	
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				
接種に係わる 領収書	(領収書コピーを貼付けしてください)(複数の場合は重ねて貼付けしてください) (接種対象者が判別できる領収書としてください。判別できない場合は医療機関に依頼してください。依頼不可能な場合、被保険者の責任で対象者名を記入してください)			

*接種者欄不足の場合は、当申請書をコピーして記入してください。

< 健保組合事務処理欄 > 決裁欄

常務理事	事務長	担当者