

インフルエンザ予防接種補助金申請書

記入日： 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	氏名 (フリガナ)			生年月日													
						年 月 日													
	住所					日中連絡の取れる電話番号													
	〒																		
	接種実施日		年 月 日																
	予防接種実施機関名																		
	予防接種実施機関所在地			〒					電話番号										
	備考																		
	接種費用		円																
	■振込口座（原則、給与振込時に給与口座への振込となりますので記載は不要です。）																		
	※任意継続の方および給与口座以外への振込を希望される方のみ、ご記載ください。 （口座名義は被保険者名義のみとなります。）																		
			銀行		支店		普通 ・ 当座	口座番号											
							口座名義 ※カタカナ												

※請求書及び添付書類に記載された内容は、補助金の受給資格の審査、補助金額の計算のみに使用し、本人の同意なしに第三者に提供されることはありません。

■領収書は、裏面に添付してください。

- ・領収書の名義は被保険者であること
- ・原本であること（レシートは不可）
- ・領収書の添付が無い場合は、支払いができません

※セルフメディケーション税制をご利用される場合は、健保組合にご連絡ください。

