



常務理事	事務長	職員

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (本人)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	印
事業所	所属部署			
利用した施設・病院名				
接種日	令和	年	月	日
接種費用	円			
支払金融機関欄	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所	預金種別
	[銀行コード]	[支店コード]		普通 当座
口座番号	口座名義(カナ)			

～申請書提出の際の注意事項～

- 補助の対象は、被保険者(当健保組合の保険証を持っている従業員本人)です。
- 全額、健康保険組合負担とします。
- 領収証(原本)を下欄に添付(赤キス止め)してください。(領収証のない場合は、無効となります。)

－ 領 収 証 添 付 欄 －

健保組合 記入欄	支給日	令和	年	月	日	補助金額	円
-------------	-----	----	---	---	---	------	---