

インフルエンザ予防接種補助申請書

2019年10月20日

栗田健康保険組合 理事長殿

事業所名	株式会社〇〇〇〇〇〇		
健康保険証	記号	21	番号 1000
氏名	健保 太郎 印		
連絡先電話番号(申請書に不備などがあつた場合に使用します)		090	(〇〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名	本人・被扶養者 (該当に〇をしてください)	接種日	接種費用	※支給決定額 (健保組合記入欄)
健保 太郎	本 ・被	2019年10月5日	3,500円	円
	本・被	年 月 日	円	円
	本・被	年 月 日	円	円
	本・被	年 月 日	円	円
	本・被	年 月 日	円	円

- 【注意事項】申請書を提出する前に下記を必ずお読みください。
- 上記の太線□枠内の項目を必ず、記入してください。氏名欄の押印をお願いします。
 - 予防接種の補助金は、年度内1人1回1,500円を上限に会社経由で実費支給致します。
 - 領収書は原本を添付し、必ず、「接種者名」と「インフルエンザ予防接種代」と記載された領収書を貼付してください。(「予防接種」のみの記載では受付できません。)
 - 予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は対象となりません。
 - ※欄は記入しないでください。

領収書貼付欄(コピー不可、必ず糊付けのこと、クリップ止め厳禁)

2019年10月5日 領 収 書 領収№00001

健保 太郎 様

¥ 3,500-

(但し インフルエンザ予防接種代 正しく領収いたしました)

収入印紙

医療法人〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇クリニック

東京都〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇

電話00-0000-0000

印

健保 使用 欄

健保組合補助額	円
---------	---

常務理事	事務長	担当者

受 付 日