

※ 支 給 決 議	伺年月日	平成	年	月	日	専務理事	常務理事	部長	課長	係長	係扱者	会計係
	支給 決定額					円						
	摘 要											

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書(任意継続用)

保険証記号	1	番号	
現住所	〒 —		
被保険者氏名	Ⓜ	連絡先電話番号	( )

受 診 者 名 簿

接種を受けた方の氏名	接種を受けた方の氏名
本人	本人
家族	家族
本人	本人
家族	家族
本人	本人
家族	家族
本人	本人
家族	家族

\* 各個人の保険証番号を必ずご記入の上、本人・家族のどちらかに○をつけてください。

補 助 金 振 込 先 銀 行 口 座
<p>当組合にご登録いただいている給付金の銀行口座にお振込いたします。</p> <p>(登録されている口座以外を希望する方はご連絡ください)</p> <p>なお、振込先口座・支払日・金額・申請者氏名につきましては、 後日お送りする支払通知書にてご確認ください。</p>

- (注) ・所定の事項をもれなく記入し、各人の接種に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上提出してください。  
 ・予防接種済の通知書は領収書の代用はできません。(領収金額が記載されている場合は可)  
 ・この申請書の提出は郵送でお願いいたします。被保険者本人の印漏れがないようご注意ください。  
 ・当年10月から翌1月末までに予防接種を受けた方が対象です。