

健保記入備考欄

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書

保険証記号		事業所名称	
事業所の所在地 (任継は住所)	〒 —		
担当者氏名 (任継は被保険者氏名)		連絡先電話番号	

受診者名簿

*2,000円未満で2回接種の場合は2枚まとめて請求してください

保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は 接種回数に☑	保険証番号	接種を受けた方の氏名	※小学生以下は 接種回数に☑
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり
		☐ 1回のみ ☐ 2回目あり			☐ 1回のみ ☐ 2回目あり

※振込先は事業所の口座になります(任意継続被保険者は個人の口座になります)

補助金振込先銀行口座	
銀行 信金	支店 (No.)
当座・普通	
フリガナ	
口座名義	

- (注) ・接種に要した費用の領収書・領収明細書(インフルエンザ予防接種と明記、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)
 ・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。