

受付印

常務理事	事務長	係	係

インフルエンザ予防接種利用補助金請求書

下記のとおりインフルエンザ予防接種の代金を請求いたします。

申請年月日: 年 月 日

被保険者	記号 - 番号	—	会社名 (事業所名)	
	氏名		部署	

対象者	申請者記入欄			健保記入欄
	氏名・続柄	接種日	領収書金額	支給金額
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	
	(続柄:)	年 月 日	円	円

【添付するもの】領収証の原本(宛名:接種者氏名)

- ・請求は期間内に一世帯につき1回限りです。
- ・領収証は裏に糊付けしてご提出下さい。
- ・「インフルエンザ予防接種」の記載のない領収証は無効です。明細書等の添付をお願いします。
- ・1回目の接種で1人当たりの補助金額の上限を満たしている場合、2回目の申請(領収証)は不要です。